

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TÂNIA MARIA LOURENÇO

CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO LONGEVO ADMITIDO EM UNIDADES DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR NA CIDADE DE CURITIBA – PR

CURITIBA

2011

TÂNIA MARIA LOURENÇO

CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO LONGEVO ADMITIDO EM UNIDADES DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR NA CIDADE DE CURITIBA – PR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem, área de concentração, Prática profissional em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Maria Helena Lenardt

CURITIBA

2011

Lourenço, Tânia Maria

Capacidade funcional do idoso longo em unidades de internação
hospitalar na cidade de Curitiba -PR / Tânia Maria Lourenço

– Curitiba, 2011.

133 f.: il. ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Maria Helena Lenardt

Dissertação (mestrado) –Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade

Federal do Paraná. Área de Concentração: Prática Profissional em
Enfermagem

Inclui bibliografia

1. Idoso de 80 anos ou mais. 2. Longevidade. 3. Funcionalidade.
4. Hospitalização. 5. Enfermagem. I. Lenardt, Maria Helena.
II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 618.970231

TERMO DE APROVAÇÃO

TÂNIA MARIA LOURENÇO

CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO LONGEVO ADMITIDO EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR NA CIDADE DE CURITIBA-PR

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

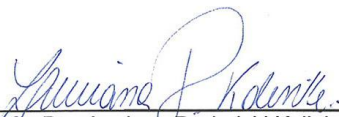
Orientadora:



Profa. Dra. Maria Helena Lenardt
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Profa. Dra. Karina S. de A. Hammerschmidt
Membro Titular: Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA



Profª. Dra. Luciana Puchalski Kalinke
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 13 de dezembro de 2011.

**Às minhas filhas Luiza e Beatriz
com muito amor e carinho.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que compartilharam para o meu crescimento, em especial

À Deus , a minha vida e todas as minhas conquistas;

*Aos meus pais **Líones e Sueli (in memoriam)**, em especial a minha mãe por sempre nos incentivar na busca de algo melhor, pelo carinho e ensinamentos.*

*Às minhas filhas **Luíza e Beatriz**, pelo incentivo, apoio nas horas difíceis e ajuda com os problemas de computadores, na construção de tabelas e gráficos...;*

*Ao **Alceu**, pai das minhas filhas pelo carinho, amizade e apoio durante a construção deste trabalho;*

*Às minhas irmãs, **Marínez, Luciana e Solange** e meus sobrinhos **Leonardo e Marcos** por compreender minhas ausências e pelas palavras de apoio;*

*À **Profª. Drª. Maria Helena Lenardt**, pela paciência, apoio, incentivo, amizade, conselhos e a disponibilidade em me conduzir neste caminho. Minha admiração e respeito por toda sua sabedoria compartilhada nesta etapa;*

*À **Profª Drª Denise Faucz Kletemberg**, que durante um tempo atuou como minha co-orientadora, pelo carinho, apoio e orientações;*

*Aos membros da banca de qualificação e sustentação da dissertação, **Profª Drª Karina S. de A. Hammerschmidt, Profª Drª Luciana P. Kalinke, Profª Drª Angela Maria Alvarez e Profª Drª Leila Mansano Sarquis**; pela disponibilidade e por todas as contribuições valiosas para o desenvolvimento e finalização do trabalho;*

*À **Márcia Daniele Seima**, pela paciência e todo seu carinho e disposição para compartilhar os ensinamentos;*

*À minha colega do mestrado, **Ana Elisa Casara Tallmam** por todo seu carinho, e por dividir comigo angústias, medos, e por fim comemorar a vitória;*

Às colegas do mestrado, pela convivência alegre, o compartilhar de momentos difíceis, momentos de aprendizagem, momentos de confraternização que estarão sempre na memória e no coração;

À coordenação e as Docentes do curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, pelos ensinamentos;

À Direção dos hospitais que proporcionaram a coleta de dados;

Aos colegas do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI) em especial Mariluci, Damarys, Susanne, Tatiane, Nathalia, Letice e Larissa pela amizade, carinho, incentivo e auxílio;

À Direção da Unidade de Urgência e Emergência Adulto (UUEA) do Hospital de Clínicas/ UFPR, pelo apoio e incentivo nesta etapa de aprendizado;

Às Enf^a Rejane M. Nobre e Enf^a Juliana Mendes pelo incentivo, por terem dividido comigo as angústias e apoio durante toda esta caminhada;

À Equipe Multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas, em especial ao Dr^o Hipólito Carraro Júnior e as enfermeiras Alessandra, Lígia, Luciane, Nadja, Estela e Cristiane e toda equipe de enfermagem pelo apoio e manifestações de carinho e apoio durante o desenvolvimento deste trabalho;

RESUMO

LOURENÇO, T. M. **Capacidade funcional do idoso longo vivo admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba- PR.** 2011. 133f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Lenardt

Trata-se de estudo quantitativo de corte transversal, que teve como objetivo investigar a capacidade funcional de idosos longevos ao ser admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba-PR. O estudo foi realizado em dois hospitais de ensino universitário, no período amostral entre janeiro a junho de 2011, com 116 idosos longevos. Os dados foram coletados nas próprias unidades de internação e por meio de três instrumentos: questionário socioeconômico e demográfico e do perfil clínico, Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Medida de Independência Funcional (MIF). Para o tratamento dos dados socioeconômicos e demográficos (variáveis quantitativas), foram realizadas análises descritivas com medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão) e para as variáveis qualitativas foram efetuadas distribuição de frequência absoluta e percentual. Para comparação das variáveis socioeconômicas e demográficas e o perfil clínico em relação aos resultados da MIF, foi considerado o teste não-paramétrico de Kruskal- Wallis ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. Os resultados mostram que a idade média dos idosos longevos foi de 82 ($\pm 2,8$) anos, sendo que a faixa etária predominante foi entre 80 a 84 anos (79,3%), 65 (56%) são mulheres, 73 (62,9%) são viúvos e 61 (52,6%) tem o 1º a 4º série incompletos. Quanto à funcionalidade, na avaliação da MIF motora a maioria dos idosos é independente para a realização das tarefas, porém para a MIF cognitiva uma parcela de idosos apresentam dependência mínima. Os idosos com maiores níveis de escolaridade apresentaram melhores valores para a MIF, com significância estatística (MIFm $p = 0,019$; MIFc $p < 0,001$ e MIFt $p = 0,002$). As comorbidades que apresentaram significância estatística foram anemia, ansiedade/ depressão e osteoporose para todos os domínios da MIF; insônia e problemas de coluna para os domínios motor e total e os problemas cardíacos apenas para o domínio cognitivo. As variáveis realizar atividade física e hábito de leitura foram significativas estatisticamente para todos os domínios da MIF; queda e dificuldade de deambulação apresentaram significância estatística para os domínios motor e total da MIF e manter o hábito de visitar parentes foi significativo estatisticamente para o domínio cognitivo. O estudo permite inferir que escolaridade, comorbidades, história de quedas e dificuldades para deambulação foram às variáveis mais influentes para a manutenção da funcionalidade dos idosos longevos. Para a prática de enfermagem gerontológica estas informações são valiosas para adequar o cuidado já no momento da admissão hospitalar. Diagnosticar precocemente os riscos para incapacidade traz a possibilidade de planejar intervenções, com vistas à autonomia e redução da dependência do idoso longo vivo.

Palavras-chave: Idoso de 80 anos ou mais. Longevidade. Funcionalidade. Hospitalização. Enfermagem.

ABSTRACT

LOURENÇO, T.M. **Functional capacity oldest old admitted to hospital units in the city of Curitiba- PR.** 2011. 133f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Helena Lenardt

It's related to quantity of studying of transversal cut, that had the objective to investigate the functional capacity of elderly in being admitted in hospital units in Curitiba city Pr. The studying was taken place in two hospitals of teaching university, in the period of January to June of 2011, with 116 elderly people. The data were collected in the units of internation and through three instruments: socioeconomic and demographic questionnaire and clinical profile; Mini Exam of Mental State (MEMS) and Functional Independence Measurement (FIM). To the treatment of the socioeconomic and demographic data (quantity variations), were made descriptive analyzes with positional measurement of position (medium, median, minimum, maximum) and dispersation (partten-diversion) and to quantity variations were made distribution of absolute and percentual frequency. To comparison of socioeconomic and demographic variaton and clinical profile in relation to the results of (FIM), was considered the test non-parametrical of Kruskal-Walls or the non-parametrical Mann-Whitney. The values of $p < 0,005$ were considered static meaningful. The result show that the avarage age of elderly was of 82, being predominant between 80 to 84 years (79,3%), 65(56%) are women, 73(62,9%) are windons, and 61(52,6%) have the 1st and 4th grade school incomplete. In relation to functionality in the avaliation of FIM phisical the majority of elderly people are independent to make activities, although to FIM cognitive one amount of elderly people are present minimum dependence. The elderly with high level of school present best values to FIM, with meaningful static (FIMm $p=0,019$; FIMc $p<0,0001$ and FIMt $p=0,002$). The comorbidates that present meaningful static were anemia, anxiety/depresion and osteoporose to the all domain of FIM, insomnia and problems of spine to the motor domain and total and the cardiac problem only cognitive domain. The variations make phisical activities and reading habit were meaningful staticly to all domain of FIM, fall and difficult of deambulation show meaningful static to motor and total of FIM and keep the habit of visiting relatives was meaningful to cognitive domain. The studying allows infer that school comorbidatons, fall stories and difficult to deambulation were variations more influents to maintance of nursery gerontologic this information were valuable to suit the care in the moment of hospital admission. To make a dignosis beforehand the risks of incapacity bring the possibility of planing interventions, with sight to autonomy and reduction of elderly dependence.

Keywords: Aged 80 years or more. Longevity. Functionality. Hospitalization. Nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS PROFISSÕES EXERCIDAS PELOS IDOSOS LONGEVOS, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	55
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO E PERCENTAGENS DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO DOS IDOSOS LONGEVOS, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	57
GRÁFICO 3 - ATIVIDADES DE LAZER REALIZADAS PELOS IDOSOS LONGEVOS, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	68

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - ORGANIZAÇÃO ESQUEMÁTICA DA COMPOSIÇÃO DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) E SUAS RESPECTIVAS PONTUAÇÕES.....	43
QUADRO 2 - NÍVEIS DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL, COM SUAS RESPECTIVAS PONTUAÇÕES, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	44
QUADRO 3 - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL- DESCRIÇÃO DOS NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA.....	45
QUADRO 4 - VARIÁVEIS: VISÃO, AUDIÇÃO, DEAMBULAÇÃO, CONDIÇÕES DENTÁRIAS E QUEDAS DOS IDOSOS LONGEVOS, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	63
QUADRO 5 - HÁBITOS DE VIDA REFERENTES AO CONSUMO DE DEBIDA ALCOOLICA, FUMO, ATIVIDADE FÍSICA ENTRE OS IDOSOS LONGEVOS, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	67

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	-	CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRAFICAS DOS IDOSOS LONGEVOS, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	50
TABELA 2	-	DISTRIBUIÇÃO DAS COMORBIDADES E PROBLEMAS DE SAÚDE REFERIDOS PELOS IDOSOS LONGEVOSE MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	60
TABELA 3	-	VALORES E VARIÁVEIS DA MIF TOTAL E SEUS DOMÍNIOS NOS IDOSOS LONGEVOS ADMITIDOS NAS UNIDADES HOSPITALARES, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	69
TABELA 4	-	VALORES E VARIÁVEIS DAS DIMENSÕES DA MIF DOS IDOSOS LONGEVOS ADMITIDOS NAS UNIDADES HOSPITALARES, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	70
TABELA 5	-	DISTRIBUIÇÃO DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DOS IDOSOS LONGEVOS POR DIMENSÕES E CATEGORIAS DA MIF TOTAL E COGNITIVA, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	72
TABELA 6	-	AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DA MIF E AS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS LONGEVOS ADMITIDOS NOS HOSPITAIS, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	78
TABELA 7	-	AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENRTE OS RESULTADOS DA MIF E AS VARIÁVEIS DE DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES DOS IDOSOS LONGEVOS ADMITIDOS NOS HOSPITAIS, CURITIBA - PR, BRASIL, 2011.....	81
TABELA 8	-	AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DA MIF COM AS CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS ADMITIDOS NOS HOSPITAIS, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	91
TABELA 9	-	AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DA MIF COM AS CARACTERÍSTICAS HÁBITOS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS ADMITIDOS NOS HOSPITAIS, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.....	95

LISTA DE SIGLAS

CMUMS	- Centros Municipais de Urgências Médicas
CS	- Caxias do Sul
GMPI	- Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OARS	- <i>Older Americans Recourses and Services</i>
ONU	- Organização das Nações Unidas
PNAD	- Plano Nacional de Amostra por Domicílio
PNSI	- Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	- Política nacional de Saúde da Pessoa Idosa
POMA	- <i>Performance Oriented Mobility Assessment</i>
RP	- Ribeirão Preto
SABE	- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SIS/SUS	- Sistema de Informações Hospitalares/ Sistema de Único de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
WHO	- <i>World Health Organization</i>

LISTA DE ABREVIATURAS

AIVD	- Atividade Instrumental de Vida Diária
AVD	- Atividade de Vida Diária
AVE	- Acidente Vascular Encefálico
CIF	- Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DAP	- Doença Arterial Periférica
DCNT	- Doença crônica não-transmissível
DM	- Diabetes Mellitus
DPOC	- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRGE	- Doença do Refluxo Gastroesofágico
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	- Índice da Massa Corporal
MEEM	- Mini Exame do Estado Mental
MIF	- Medida de Independência Funcional
MIFm	- Medida de Independência Funcional Motora
MIFc	- Medida de Independência Funcional Cognitiva
MIFt	- Medida de Independência Funcional Total
MMII	- Membros Inferiores
MMSS	- Membros Superiores
PSA	- Antígeno Prostático Específico
SM	- Salário Mínimo
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 OBJETIVOS.....	22
1.1.1 Objetivo Geral.....	22
1.1.2 Objetivos Específicos.....	22
2 REVISÃO LITERATURA.....	23
2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO.....	23
2.2 IDOSOS LONGEVOS.....	28
2.3 CAPACIDADE FUNCIONAL.....	34
3 METODOLOGIA.....	39
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	39
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	39
3.3 POPULAÇÃO e AMOSTRA.....	40
3.4 COLETA DE DADOS.....	41
3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	46
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	48
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONOMICAS-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS IDOSOS LONGEVOS.....	48
4.2 PERFIL CLÍNICO DOS IDOSOS LONGEVOS.....	56
4.3 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL SEGUNDO A MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	69
4.4 RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIOECONOMICAS – DEMOGRÁFICAS E PERFIL CLÍNICO E MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL.....	76
5 CONCLUSÃO.....	99
REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICES.....	121
ANEXOS.....	127

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é tema de interesse de pesquisas científicas em razão da necessidade de maior desenvolvimento e aperfeiçoamento de recursos humanos, tecnológicos e científicos, determinado pelas particularidades físicas, cognitivas, sociais e principalmente clínicas da população idosa. Esse é um desafio que exige estudos dos profissionais ligados à gerontologia e a geriatria com o intuito de elucidar as alterações do organismo no processo de envelhecimento, principalmente aquelas que culminam, muitas vezes, com perda da capacidade funcional destes indivíduos.

O fomento à construção do conhecimento coincide com o crescimento populacional brasileiro dessa faixa etária. Esse aumento da taxa de envelhecimento está associado à queda da taxa de fecundidade e mortalidade e relacionado às melhores condições de saúde, como a implantação de campanhas de vacinação, planejamento familiar, programas de saúde e incorporação de arsenal tecnológico nos grandes hospitais. Houve também melhoria nas condições de vida das pessoas por meio da urbanização das cidades com reflexo nas condições sanitárias, nas condições nutricionais, melhoria nos níveis educacionais, estímulo às normas de segurança nos ambientes de trabalho e avanço no conhecimento da engenharia genética e da biotecnologia (VERAS, 2003; TEIXEIRA, 2004; BIAZIN, 2006).

Este conjunto de melhorias acarretou aumento na expectativa de vida da população brasileira, que passou de 70 anos em 1999 para 73,1 anos em 2010, um aumento de 3,1 anos em uma década. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008), a população de idosos acima de 60 anos correspondia a 6,07% da população total brasileira em 1980 saltando em 2008 para 9,49%. As estimativas apontam para 14% de idosos em 2020 e 30% em 2050. A faixa etária de idosos com 80 anos ou mais em 1980 correspondia a apenas 600 mil pessoas, subindo para 1,6 milhões em 2000, estimando-se para o ano de 2040 um número em torno de 14 milhões de pessoas.

Atualmente existem cerca de 17 milhões de idosos no Brasil, 12,8% deles com mais de 80 anos de idade. No estado do Paraná, estima-se que existam 148.155 idosos com 80 anos ou mais, sendo 36.621 somente na cidade de Curitiba (IBGE, 2010). Verifica-se deste modo, que o envelhecimento populacional apresenta

um crescimento elevado e ascendente, com aumento significativo na população com idade de 80 anos ou mais, alterando a composição etária dentro do próprio grupo (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; MENEZES, 2009).

Segundo Camarano (2002), a população idosa corresponde a uma ampla faixa etária de aproximadamente 30 anos e tornou-se necessário realizar subdivisão entre idosos jovens (60 a 79 anos) e os mais idosos (> 80 anos). Estes últimos também são conhecidos como idosos longevos, idosos velhos ou conforme a década em que eles estão como idosos octogenários, nonagenários e centenários.

Os idosos longevos apresentam características e necessidades diferentes, tais como maior frequência de doenças crônicas, vulnerabilidade a efeitos adversos de tratamentos e a doenças, maior risco para quedas, incontinência, dificuldades para locomoção, sedentarismo, solidão, diminuição do convívio com familiares e amigos e tendência ao isolamento (FERRARI, 2002; CALDAS, 2004).

Na composição deste grupo de pessoas existe uma heterogeneidade no processo de envelhecimento com características e necessidades diferentes, pois nem todos apresentam limitação na sua saúde por conta destes agravos. Para Ramos *et al.* (1993), o idoso portador de uma ou de pluripatogenias pode ser considerado saudável, se comparado a outro com as mesmas enfermidades, que não consegue manter adequado controle delas e apresente desenvolvimento de sequelas e incapacidades (RAMOS, 2003).

A cronicidade das doenças em idosos longevos e suas complicações podem causar o comprometimento da sua capacidade funcional, levando à dependência e isolamento social. No Brasil, a cada ano, 650 mil idosos são incorporados a esta população, aumentando a possibilidade de desenvolver incapacidades associadas ao envelhecimento. As incapacidades comprometem a independência do idoso, impedindo o seu próprio cuidado e, como consequência, aumento da carga de cuidados para a família e também para o sistema de atenção à saúde (VERAS, 2009).

Para a Organização Mundial de Saúde - OMS (2005, p.11), reconhecer como os indivíduos estão envelhecendo tornou-se meta imprescindível para o envelhecimento ativo, cuja temática central está em “permitir que as pessoas continuem a trabalhar com suas capacidades e preferências, com oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança; prevenindo e retardando as incapacidades e doenças crônicas”.

Esta proposta foi desenvolvida pela OMS, no documento “**Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**”, pautado nas recomendações da 2ª Assembléia Mundial do Envelhecimento, definindo “Envelhecimento Ativo “como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p.13).

Neste documento “a OMS recomenda que políticas de saúde na área de envelhecimento devem levar em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida” incluindo aspectos sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além de acesso a serviços de saúde e ambiente físico. A recomendação incide também nas questões de gênero e desigualdades sociais (NESPE, 2002, p. 1).

Para promover um envelhecimento ativo e saudável, as pessoas devem perceber o seu potencial para atividades de trabalho e lazer, bem como o potencial mental e social necessários para permanecerem ativas, contribuindo para a sociedade. Neste contexto, a manutenção da capacidade funcional passa a ser um parâmetro importante na vida dos indivíduos, pois determina a independência e a autonomia das pessoas de forma a permitir sua qualidade de vida (OMS, 2005).

A capacidade de realizar as atividades cotidianas, sem a necessidade de terceiros, passa a ser um dos principais indicadores de saúde da população idosa. As Atividades de Vida Diária (AVDs) são aspectos importantes observados na avaliação da capacidade funcional desta população.

No conjunto destas atividades, o longo tempo demonstra a sua independência e autonomia. Para a Organização Mundial de Saúde, a autonomia e a independência são definidas:

autonomia como habilidade de controlar, lidar e tomar decisões de como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências. E **independência** como habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, ou seja, capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros (OMS, 2005, pg.14).

Esta perspectiva de manutenção da autonomia e independência do idoso no Brasil está expressa pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria nº 2.528, de 12 de outubro de 2006, que visa à promoção do envelhecimento saudável,

com ênfase na capacidade funcional dos idosos, assegurando a independência para as atividades cotidianas (BRASIL, 2006a).

A manutenção da capacidade funcional dos idosos é uma importante medida de avaliação na prática gerontológica, além de ser um cuidado essencial para evitar o declínio funcional que é, comumente, influenciado por alguns fatores de risco como: a própria idade avançada, gênero, baixa escolaridade, estado civil e baixa renda. Outros fatores como comorbidades, hábitos alimentares e de saúde, atividade física, atividades de lazer também exercem influência nos déficits de funcionalidade destes indivíduos (ROSA *et al.* 2003).

A avaliação da capacidade funcional é tema recorrente em estudos com idosos, nos quais se evidencia o declínio da capacidade funcional dos idosos mais velhos. Fiedler e Peres (2008) realizaram um estudo transversal na cidade de Joaçaba –SC com 345 idosos acima de 60 anos constataram que 37,1% idosos apresentaram comprometimento da capacidade funcional, entre eles, 70,7% estavam com 80 ou mais.

Rosa *et al.* (2003) detectaram que em idosos acima de 80 anos, a chance para dependência funcional era 36 vezes maior quando comparado com idosos mais jovens. Constataram também, que idosos com baixa escolaridade apresentavam chance de cinco vezes maior de desenvolver dependência moderada/grave e idosos viúvos apresentam mais chances para dependência. Nesse mesmo estudo, os autores citam outros aspectos que contribuem para perda da capacidade funcional como os referentes à saúde, relações sociais e autopercepção de saúde.

Para avaliação da capacidade funcional muitos são os instrumentos que avaliam atividades de vida diária, entre estes, a Medida de Independência Funcional (MIF), considerada uma escala que amplia a avaliação para a dimensão motora, cognitiva e social, parâmetros considerados importantes na avaliação de pacientes idosos. (RIBERTO *et al.*,2001)

Este instrumento apresenta boa reprodutibilidade para a versão brasileira, propriedades psicométricas comprovadas, sensibilidade para detectar alterações funcionais e mensurar a necessidade de ajuda de uma terceira pessoa para a realização destas tarefas (PAIXÃO Jr; REICHENHEIM, 2005).

A avaliação funcional é relevante na admissão hospitalar, pois a hospitalização pode levar à dependência funcional por se tratar de um evento complexo e peculiar, que ocorre no momento de fragilidade e desequilíbrio, quando

o idoso é retirado do seu ambiente familiar e transferido para outro totalmente diferente (KAWASAKI e DIOGO, 2007; VOLPATO *et al.*, 2011).

Alguns autores percebem que este declínio funcional pode ocorrer antes da admissão hospitalar, impondo a necessidade da investigação das condições da funcionalidade do idoso neste momento. A avaliação precoce tem um valor prognóstico importante, especialmente para aqueles que chegam às unidades de internação com alguma limitação para a realização das atividades de vida diária. (COVINSKY *et al.*, 2003; BROWN; FRIEDKKIN; INOUE, 2004; GUIMARÃES; ALMADA FILHO, 2011).

Estudo realizado por Cunha *et al.* (2009) aponta que a identificação precoce dos fatores de risco traz informações para a equipe multiprofissional responsável pela assistência, relacionados à adequação de protocolos, direcionamento das intervenções, bem como na identificação dos idosos que serão beneficiados com as medidas geriátricas no período de hospitalização.

Segundo Garrido e Menezes (2002), a procura dos idosos acima de 80 anos pelos serviços de saúde nos setores primário, secundário e terciário, é um dos grandes desafios atuais. Nesta faixa etária, eles necessitam de consultas frequentes, cuidados permanentes, medicações de uso contínuo e exames periódicos. Para os gestores de saúde, a falta de profissionais, de estrutura física e de recursos na prestação de atendimento a esta população geram transtornos e repercussões para toda a sociedade (VERAS, 2009).

O crescente aumento de idosos jovens e longevos presentes nos espaços de atenção à saúde, principalmente, em unidades de internação é um fato observado pelos profissionais da área de enfermagem. Observa-se, empiricamente, que alguns idosos no momento da internação mostram-se independentes para realização de atividades básicas de vida diária (ABVDs) e, durante a hospitalização, parte deles evoluem para o declínio de execução de atividades. Nessa situação, a alteração da capacidade funcional gera muitas incertezas sobre a real causa desse evento.

Quando a avaliação da capacidade funcional não é realizada no momento da internação do idoso pode-se ter como consequência a constatação tardia da dependência e por sua vez a recuperação mais custosa e até mesmo intratável. A dificuldade para avaliar o idoso e reconhecer a real necessidade de auxílio nas atividades motoras e cognitivas, no momento da sua admissão hospitalar, acontece

em razão do desconhecimento, por parte dos profissionais de enfermagem, dos instrumentos gerontológicos de avaliação e pelas lacunas existentes na sistematização da assistência de enfermagem.

Existem alguns esforços para avaliar a habilidade dos idosos longevos em desenvolver suas atividades cotidianas, e esses devem ser fomentados entre os profissionais da área de saúde. Torna-se imprescindível o desenvolvimento de metodologia segundo Fonseca; Rizotto (2008), que permita a avaliação e diagnósticos, para proporcionar um planejamento adequado de ações individuais com respeito às particularidades do idoso.

Deste modo, a enfermagem assume importante papel na identificação e compreensão das características socioeconômicas, perfil clínico, doenças prévias, comorbidades, medicamentos utilizados, hábitos de vida, atividades de lazer, fatores que podem ou não interferir na capacidade funcional. Este conhecimento colabora na realização da assistência e contribui para o cuidado da pessoa idosa em todos os níveis de prevenção.

Para a prática de enfermagem, o conhecimento da capacidade funcional dos idosos longevos no processo de hospitalização facilitaria o relacionamento entre idoso e equipe de saúde, além de prevenir a ocorrência de agravos e iatrogenias. A detecção de fatores de risco para o declínio funcional identificados no momento da internação hospitalar auxiliará nas intervenções necessárias para a prevenção, manutenção e recuperação das funções comprometidas para o desempenho adequado das atividades diárias.

A avaliação da capacidade funcional do idoso tornou-se uma ferramenta essencial para estabelecer diagnóstico, determinar o prognóstico e apresentar um julgamento clínico do estado geral de saúde de cada indivíduo, como também facilitar estudos epidemiológicos (GOMES; DIOGO, 2004; KAWASAKI; DIOGO, 2007).

Estabelecer no plano de cuidado do idoso longevo a prioridade para a manutenção e recuperação da capacidade funcional, ressalta a importância que a enfermagem tem com o envelhecimento ativo desta população. O foco principal da enfermagem gerontogeriátrica é estabelecer medidas que contribuam com o desempenho das suas atividades cotidianas e por sua vez acarretar melhor qualidade de vida para o idoso.

Para Gonçalves e Alvarez (2006), a enfermagem gerontogeriatrica tem em sua ação dinâmica a prática centrada no processo de cuidar da pessoa idosa. Incorpora-se a importante tarefa de desenvolver ações de cuidado que permitam ao idoso manter ou recuperar todas as suas capacidades biopsicossociais e espirituais em qualquer contexto ambiental. Planejar a busca precoce da recuperação e reabilitação no melhor nível possível da condição particular do idoso possibilita a manutenção de suas capacidades e habilidades de autocuidado, permitindo a sua integração social com a família e amigos, e participação na vida comunitária.

Considera-se relevante este estudo pelo expressivo quantitativo de idosos longevos com necessidades de atendimento em unidades hospitalares e a importância da manutenção da capacidade funcional para a sua recuperação durante a hospitalização e processo de envelhecimento ativo e saudável. Este estudo trará subsídios para a realização da sistematização da assistência de enfermagem para os idosos longevos, bem como a identificação das limitações e dificuldades deles no ambiente hospitalar, com o intuito de direcionar os cuidados realizados pela equipe multiprofissional que o assiste.

Diante destas considerações o presente estudo tem como questão norteadora: **Qual é a capacidade funcional do idoso longo ao ser admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba – PR?**

Esta pesquisa está inserida no projeto de pesquisa intitulado: “Idosos Longevos Usuários da Atenção Básica e Hospitalar: da História aos Cuidados próprios”, do Grupo Multiprofissional de Pesquisa com Idosos (GMPI), na área de concentração “Prática Profissional de Enfermagem”, na linha de pesquisa “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem”, cujo objetivo dessa linha é desenvolver processos de cuidado gerontológico junto à pessoa idosa, dependente ou independente, com doença crônica ou aguda, na dimensão individual ou coletiva e com olhar subjetivo e objetivo (PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - UFPR, 2010).

1.1 OBJETIVO

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a capacidade funcional de idosos longevos ao ser admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba/PR.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Identificar o perfil socioeconômico, demográfico e clínico do idoso longo no momento da internação hospitalar;
- 2- Avaliar a capacidade funcional do idoso longo segundo a pontuação dos domínios da versão brasileira de Medida de Independência Funcional (MIF);
- 3- Relacionar as variáveis do perfil socioeconômico, demográfico e clínico à capacidade funcional do idoso longo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Tenho pesquisado e estudado os dados/informações contidos na literatura nacional e internacional, que vêm me auxiliando no processo e servindo como fundamentos no decorrer do estudo. Estes dados/informações se referem ao envelhecimento humano, idosos longevos e capacidade funcional. De modo sucinto, exponho a seguir essas literaturas.

2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO

Segundo o Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da Organização das Nações Unidas (ONU, 2010) o envelhecimento populacional é um fenômeno sem precedentes na história da humanidade. Este fenômeno é observado com maior rapidez nos países em desenvolvimento, que, em meados do século XXI, atingirão o mesmo estágio do processo de envelhecimento da população dos países desenvolvidos.

O relatório da Comissão das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Social, realizado com base nas informações obtidas do Plano de Ação de Madri sobre o Envelhecimento em 2007 e 2008, estima que a nível mundial o número de pessoas idosas com mais de 60 anos deverá ultrapassar o número de crianças pela primeira vez em 2045. Desde o ano de 1950, a proporção de idosos vem aumentando, passando de 8% da população para 11% em 2009. A projeção para 2050 é de 22% de idosos acima de 60 anos (ONU, 2010).

Segundo Wong e Carvalho (2006), o crescimento elevado do contingente de idosos é resultado de grandes taxas de crescimento decorrentes da alta fecundidade que prevaleceu no passado, menor índice de nascimento na atualidade e redução da mortalidade. Para Carvalho e Garcia (2003), o envelhecimento populacional refere-se à mudança na estrutura etária da população, pelo aumento da proporção de pessoas em idade mais avançadas.

A população de idosos no mundo também está sofrendo alteração dentro da sua própria faixa etária, isto é, idosos estão se tornando cada vez mais idosos, abrangendo faixas etárias acima dos 80 anos. As projeções da ONU indicam que este número está aumentando em 4% ao ano. Hoje, a cada sete pessoas idosas, uma tem 80 anos ou mais. Em 2050, essa proporção deverá aumentar, chegando a uma para cada cinco pessoas (ONU, 2010).

Esta transição demográfica conduz a uma nova configuração etária e se configura como um dos problemas mundiais atuais, exigindo políticas relacionadas com a saúde dos idosos, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Nestes últimos, os desafios estão intensificados devido ao acelerado aumento de idosos, que continuará ainda por muitos anos (KALACHE, 2008).

Isto porque o processo de envelhecimento pode causar modificações físicas, morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam com a morte (PAPALÉO NETTO; PONTES, 1996).

Envelhecer é considerado um evento progressivo e multifatorial e a velhice como experiência potencialmente bem-sucedida, porém diferenciada, é vivenciada de formas diferentes, com mais ou menos qualidade de vida. O envelhecimento é um processo heterogêneo, em que cada idoso apresenta uma experiência individual, com consequências de suas experiências passadas, da forma como vive no momento presente e que expectativas têm para o seu futuro (LIMA; SILVA; GALLARDONI, 2008; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Segundo Caldas (2006), o envelhecimento bem-sucedido envolve o baixo risco de doenças e de incapacidades e funcionamento físico e mental excelente. O envelhecimento saudável é a condição que todos almejam e está relacionado à maneira como o idoso consegue se adaptar às inúmeras situações de ganhos e perdas com as quais se depara. Para o idoso longo, este envelhecimento bem-sucedido representa ter menos riscos para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas e como consequência, não desencadear o comprometimento da sua capacidade funcional (BALTES; SMITH, 2003).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos e que, em condições

normais, não costuma provocar qualquer problema, processo este chamado de senescência. Um idoso em condições de sobrecarga como doenças, acidentes ou estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requer assistência. Tem-se assim a senilidade (BRASIL, 2006b).

Para Souza, Skubs; Brêtas (2007), o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual tanto modificações morfológicas como funcionais podem interferir na capacidade de adaptação dos indivíduos ao meio social em que vivem, com predisposição para agravos e doenças que possam comprometer sua saúde e sua a qualidade de vida.

O comprometimento da saúde tem como consequência a diminuição nas atividades cotidianas e, para alguns, a dependência de outras pessoas. Estes resultados podem ser causados por algumas alterações biológicas como: enfraquecimento do tônus muscular e da constituição óssea, o que pode levar à mudança na postura do tronco e das pernas, acentuando ainda mais as curvaturas da coluna torácica e lombar. Além disso, as articulações ficam mais enrijecidas, reduzindo os movimentos e produzindo alterações no equilíbrio e na marcha. Ocorrem alterações nos reflexos de proteção e no controle do equilíbrio, prejudicando assim a mobilidade corporal e, com isso, predispondo a ocorrência de quedas e riscos de fraturas e ocasionando graves consequências sobre o desempenho funcional. Esse fato altera completamente a qualidade de vida do idoso (PELEGRIN *et al.*, 2008).

Segundo Martins *et al.* (2007), no Brasil, o desafio para o século XXI está em oferecer suporte de qualidade de vida para uma população de mais de 32 milhões de idosos, em sua maioria com nível socioeconômico e educacional baixo, com prevalência de doenças crônicas e, para muitos, já com diminuição da capacidade funcional. Para esta população que apresenta problemas de saúde reais e cujas necessidades aumentam a cada ano, é imprescindível que esforços para a efetivação destas diretrizes sejam realizados na prática o mais rápido possível para assim amenizar o sofrimento destes cidadãos.

O Brasil, dentro deste contingente de países classificados como em desenvolvimento, apresenta um território expressivo em tamanho geográfico e diferenças socioculturais que dificultam o processo de tomada de decisões para melhoria na qualidade de vida destas populações (NOGUEIRA, 2008).

Atenta às especificidades do processo de envelhecimento bem como à transição demográfica em curso, a ONU promoveu, na cidade de Viena - Áustria, a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento no ano de 1982, a qual recebeu representantes de 124 países, incluindo o Brasil. Neste encontro foi estabelecido o Plano da Ação para o Envelhecimento, posteriormente publicado em Nova York em 1983 (ONU, 1982).

No Brasil, em 1994, foi aprovada a Lei Nº 8.842/1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96. Esta lei tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantiam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania. Um de seus princípios afirma que o idoso não deve sofrer discriminação de nenhuma natureza, bem como ser o principal agente e o destinatário das transformações indicadas por essa política.

Em 1999, é anunciada pela Portaria Ministerial nº1395, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), cuja determinação principal é que todos os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração e/ou readequação de projetos em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. O principal enfoque que esta política assume é que o idoso pode ser afetado pela perda da sua capacidade funcional, ou seja, perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização das atividades do cotidiano (BRASIL, 1999).

A PNSI visa à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à preservação, à melhoria e reabilitação da capacidade funcional dos idosos com a finalidade de assegurar sua permanência dentro da sociedade com independência e autonomia (BRASIL, 1999). Esta política apresenta dois eixos norteadores, o primeiro com destaque para as medidas de prevenção com a promoção do envelhecimento saudável. O segundo eixo a manutenção da capacidade funcional do idoso e pelo maior tempo possível, com valorização e preservação da sua autonomia e independência.

A partir das orientações do Plano de Madri, documento resultante da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em 2002, a legislação brasileira aprova o Estatuto do Idoso sob a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Este documento elenca todos os direitos do idoso e tem na sua proposta garantir por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção à saúde da pessoa idosa de

forma integral, em todos os seus níveis. O Estado torna-se responsável pelas suas próprias políticas públicas de saúde e deve priorizar atendimento digno a este segmento populacional (BRASIL, 2003).

Este documento foi considerado importante pelas estratégias e recomendações prioritárias nos aspectos econômicos, sociais e culturais do processo de envelhecimento da população, baseada na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Entre as recomendações foram estabelecidos os princípios para a implantação de políticas para o envelhecimento sob a responsabilidade de cada país (RODRIGUES *et al.*, 2007).

A Organização Mundial de Saúde adotou o termo “Envelhecimento Ativo” com a intenção de aperfeiçoar as oportunidades de saúde, e tem como objetivo aumentar a expectativa de uma vida saudável e com qualidade a todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que necessitam de qualquer cuidado (OMS, 2005).

Com a inclusão deste novo paradigma do envelhecimento saudável com a preservação da capacidade funcional preconizada pela Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde passa a construir diretrizes de atenção à saúde dos idosos de maneira multidimensional. As diretrizes são voltadas para ser um instrumento de orientação tanto para governos em todas as esferas como também para toda a sociedade.

Apesar de legislação brasileira relacionada à população idosa estar avançada, sua prática propriamente dita é insatisfatório. A vulnerabilidade social em que as famílias e os idosos estão sujeitos intensificou a necessidade de uma readequação da política nacional para as pessoas idosas, o que culminou com a criação de nova portaria.

Em fevereiro de 2006, por meio da Portaria nº399/GM, foi publicado o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, que contempla o Pacto pela Vida. Este documento confirma a saúde do idoso como uma das seis prioridades entre as três esferas do governo (BRASIL, 2006c).

Através de readequação da PNSI, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria Nº 2528 aprovada em 19 de outubro de 2006, apresenta como meta final a adequação digna de atenção à saúde da população idosa, principalmente daqueles com dependência funcional, frágeis, e que estão acima de 75 anos e que ao longo dos anos desenvolveram doenças e agravos que levaram à

perda de qualidade de vida. Esta política afirma que o problema que pode afetar ou comprometer o idoso é a perda da capacidade funcional, ou seja, perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, importantes para manter a independência e autonomia desta faixa etária (BRASIL, 2006a).

A finalidade primordial da PNSPI “é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos” embutida dentro da meta final, que toda pessoa idosa deve receber uma atenção à saúde adequada e digna, principalmente para aquela parcela de população idosa, que teve um processo de envelhecimento com doenças e agravos e que evoluíram com limitações no seu bem-estar (BRASIL, 2006a, p.3).

Para promover um envelhecimento saudável, os sistemas de saúde necessitam que a promoção de saúde, a prevenção de doenças e o acesso equitativo a cuidados integrais e continuados realizados pela atenção primária, sejam oferecidos a toda a população idosa durante o curso de suas vidas. Atualmente, os modelos de saúde estão baseados em quadros agudos e são inadequados ou ineficientes no atendimento da população que está envelhecendo rapidamente (WHO, 2002).

Segundo Menezes (2009), para a promoção do envelhecimento saudável deve-se considerar o envolvimento de vários aspectos: saúde física e mental, a independência para as atividades de vida diária, independência econômica, integração social e suporte familiar. Estes aspectos produzem importantes diferenças para iniciar o comprometimento da capacidade funcional no idoso. Iniciativas ligadas à promoção de saúde para toda a população idosa são fundamentais para a preservação da capacidade funcional, mantendo esta população com independência e autonomia nas suas decisões.

2.2 IDOSO LONGEVO

Segundo Camarano; Kanso; Mello (2004), não somente o grupo de idosos vem crescendo em relação aos demais grupos da população, mas também os idosos muito idosos. Este aumento na proporção dos muito idosos é consequência

da queda de mortalidade. Pela OMS, este grupo pode ser subdividido em idoso jovem (*young-old*), quando se refere às pessoas com idade entre 60 a 69 anos; idoso velho (*old-old*), para os idosos entre 70-79 anos; e idoso mais velho (*oldest-old*), para os idosos com 80 anos ou mais (WHO, 2004).

De acordo com as informações da Organização Mundial da Saúde este momento é de uma revolução demográfica, em que os adultos com mais de 80 anos formam um grupo que cresce em percentual em todo o mundo. Atualmente, este grupo de indivíduos representa 69 milhões de pessoas, correspondendo a 1% da população mundial (OMS, 2005).

Enquanto a população brasileira apresentou no período de 1997 a 2007, um crescimento relativo da ordem de 21,6%, para a faixa etária de 60 anos, este crescimento foi de 47,8%, chegando a 65% no grupo de idosos de 80 anos ou mais (IBGE, 2008). Segundo as estimativas do IBGE (2010), no Brasil, a população de idosos acima ou igual a 60 anos está em torno de 17 milhões de pessoas e para o ano 2020 este segmento será de 15% a mais de indivíduos. Dentro deste número, 12,8% possuem idade igual ou superior a 80 anos.

Na projeção do IBGE, a população de idosos acima de 80 anos crescerá 8,8% ao ano, por duas décadas. A proporção destes idosos correspondia a 1.586.958 no ano de 2000, em 2008 este número representava 2.410.106 e para 2050 a projeção será de 13.748.708. Estima-se que em 2020 haverá 1,93% e em 2050 atingirá 6,39% de idosos longevos, e os idosos em geral, representarão um quinto da população, ou seja, 19% (IBGE, 2008)

Para Ferrari (2002) as pessoas com mais de 80 anos apresentam características fisiológicas, psicológicas, sociais e econômicas particulares e com diferenças importantes dentro do próprio grupo. Vale lembrar que as diferenças são particulares de cada pessoa e deve-se levar em conta o contexto social e cultural em que cada idoso está inserido.

Segundo Baltes; Smith (2003) os idosos longevos demonstram que a quarta idade condiz com a incompletude biocultural, vulnerabilidade e imprevisibilidade, que é diferente da Terceira Idade (velhice inicial) marcada por pontos positivos. Os autores *op cit* salientam que os idosos mais velhos estão no limite da sua capacidade funcional, o que representa restrições às intervenções da pesquisa e da política social.

Karlamangla *et al.* (2009) descrevem o envelhecimento longo como a continuidade do processo fisiológico após os 80 anos, quando a velocidade de perda da capacidade funcional e cognitiva se acelera. Fried (1994) afirma que idosos acima de 85 anos, estão mais sujeitos a comorbidades e perda de autonomia e independência, e que apesar de não apresentarem anormalidades, deterioram com mais facilidade pelo estresse. Dentro desta faixa etária, os idosos longevos apresentam maior vulnerabilidade para adoecer, com o desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis, entre outras patologias e a Síndrome da Fragilidade.

A Síndrome da Fragilidade vem sendo estudada pela sua condição multifatorial (BLE *et al.*, 2006), não apresentando uma definição consensual. Segundo Bandeen-Roche; Xue; Ferruci; Walston (2006), Fried *et al.* (2004) e Fried *et al.* (2001), ela é uma síndrome multidimensional que envolve uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida de um indivíduo, e atinge seu cume com um estado de vulnerabilidade, associado ao maior risco de desfechos clínicos adversos como declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte.

O Ministério da Saúde (2006b) estima que 46% das pessoas que estão acima de 85 anos, apresentam sinais de fragilidade, sendo os idosos com idade mais avançada, os que mais sofrem interferência na sua funcionalidade, com maior risco para dependência. Fried *et al.* (2001) sugerem que a fragilidade é um preditor da perda da capacidade funcional e de morbidade, presente em 6,9% de idosos da comunidade e com uma predisposição maior para acometimento nas mulheres.

Entre as principais causas de incapacidades e mortalidade em todas as regiões do mundo, figuram as doenças crônicas como as doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial, câncer, as enfermidades músculo-esqueléticas, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças mentais e suas complicações. Muitas destas doenças apresentam início silencioso, etiologias ainda não esclarecidas, vários fatores de risco, exigindo tratamento e cuidado para toda a vida (OMS, 2005).

De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por doenças crônicas. Estas doenças apresentam comportamentos de riscos modificáveis e não modificáveis. Entre os fatores de riscos comportamentais modificáveis passíveis de mudança estão o tabagismo, uso

indiscriminado do álcool e outras drogas, obesidade, as dislipidemias, pouca ingestão de frutas e verduras e o sedentarismo (OMS, 2005).

Os idosos com múltiplas comorbidades e, em especial, doenças crônicas podem apresentar dificuldades para a realização de atividades da vida diária. Estudo realizado na Suécia afirma que a prevalência de agravos à saúde aumenta consideravelmente com a idade e, conseqüentemente, eleva os custos relacionados à assistência médica e social (PARKER; THORSLUND, 2007).

Segundo Balts; Smith (2003), nos países europeus, os idosos longevos apresentam maior risco de envelhecer, acompanhados de doenças crônico-degenerativas e outras patologias. Para esses autores, os idosos apresentaram um elevado índice de comprometimento funcional, dependência e solidão.

Um idoso pode ser considerado saudável, mesmo que apresente uma ou mais doenças crônicas, desde que mantenha a habilidade de desempenhar as atividades do cotidiano. Para Ramos (2003), poucos são os idosos que ficam limitados por uma doença crônica. Muitos deles conseguem manter uma vida normal com as doenças controladas e com adequada qualidade de vida. Segundo este autor, idosos com uma ou mais doença crônica e que têm o controle delas, mesmo que apresentem sequelas ou incapacidades, podem ser considerados idosos saudáveis. Em contrapartida estas doenças estão associadas com a presença de comorbidades e a dependência funcional dos idosos (ROSA *et al.*, 2003).

As pesquisas conduzidas por Camarano (2002) e Lima-Costa; Camarano (2008) apontam a predominância da população feminina entre os idosos longevos, fato que traz preocupações para os serviços públicos de saúde. A explicação está no fato de que as mulheres vivem mais que os homens e estão sujeitas a doenças crônicas e deficiências físicas e mentais. O segundo fato é a proporção de idosas que estarão viúvas ou morando sozinhas e em situação socioeconômica deficiente. A feminização da velhice está estimada para o ano de 2050, em aproximadamente 6 milhões de mulheres (IBGE, 2008).

Em estudo transversal desenvolvido por Nogueira *et al.* (2010), de uma amostra de 129 idosos longevos de ambos os sexos, 53% eram do gênero feminino, 46,5% viúvos com idades entre 80 a 96 anos e mediana de 83 anos. Neste estudo constatou-se que o gênero feminino, faixa etária elevada e ausência do cônjuge estão associadas significativamente para pior capacidade funcional.

De acordo com as afirmações de Ramos (2002), esta população de idosos, na sua maioria, apresenta baixo nível socioeconômico e educacional e uma alta prevalência de doenças crônicas incapacitantes, o que pode desencadear perda da autonomia e independência e aumentar suas dificuldades nas atividades cotidianas.

O aumento de idosos longevos está frequentemente associado à maior incidência de doenças crônicas como consequência ao processo de envelhecimento biológico. Porém, fatores externos como dificuldades financeiras, desnutrição, dificuldades na aquisição de medicamentos, impossibilidade de frequentar programas de saúde, arranjos familiares desgastados contribuem para o aumento destes agravos (LENARDT *et al.*, 2009).

Pesquisa desenvolvida por Soares *et al.* (2009) analisou as condições de saúde dos idosos residentes na zona urbana de um município de Minas Gerais, com amostra de 271 idosas octogenárias. Apenas 2,2% destas idosas não apresentavam doenças crônicas, as demais apresentavam entre três a dez doenças. Segundo os autores, os dados refletem o fato de que as mulheres buscam mais o atendimento à saúde e assim têm maior probabilidade receber o diagnóstico médico. As doenças mais frequentes foram: problemas de coluna, hipertensão arterial, problemas de visão, de circulação e para dormir.

Estudo epidemiológico comparativo transversal entre duas populações de idosos com mais de 80 anos, realizado por Cruz (2009), com uma amostra total de 272 idosos com mais de 80 anos, revelou que as doenças crônicas mais encontradas foram hipertensão arterial (70.5%), visão prejudicada (67.2%), déficit de audição (45.5%), problemas na coluna (42.6%) e incontinência urinária (41.1%).

A necessidade de internação por evento agudo, desencadeado por qualquer uma doença crônica produz dois efeitos nos idosos longevos: o primeiro é o próprio efeito desconcertante da doença e o segundo são os efeitos causados pela hospitalização, representada pelo meio ambiente desconhecido, ingestão calórica reduzida, diminuição da atividade física ou repouso no leito prolongado, depressão e isolamento social (BOYD *et al.*, 2005; VOLPATO *et al.*, 2007).

Segundo Volpato *et al.* (2011), a hospitalização por uma doença aguda representa um evento estressante e potencialmente perigoso para os idosos longevos. Pacientes frágeis e aqueles em que a limitação funcional já é evidenciada na pré-admissão estão entre os que apresentam maior risco de complicações pós-hospitalares relacionadas à sua capacidade funcional. Estudos realizados

identificaram diversos fatores de risco para o agravamento da capacidade funcional, como a idade avançada, características sociodemográficas desfavoráveis, invalidez preexistente, declínio cognitivo e comorbidades.

Motta (2001) assevera que os idosos apresentam peculiaridades distintas das demais faixas etárias, e sua avaliação de saúde deve ser feita com o objetivo de identificar os problemas que são subjacentes a sua queixa principal. Deveriam ser incluídos nesta avaliação os aspectos funcionais, cognitivos, psiquiátricos, nutricionais e sociais. O autor ressalta também que uma equipe multidisciplinar deve ressaltar os idosos que apresentam fatores de risco para uma evolução desfavorável durante a internação.

Os autores Lindenberger *et al.* (2003) e Mudge; O'Rourke; Denaro (2010) e compartilham a possibilidade do declínio funcional do idoso anteceder ao momento da internação que pode acontecer até duas semanas antes da necessidade de hospitalização. Segundo Mudge; O'Rourke; Denaro (2010) conhecer a capacidade funcional do idoso no momento da sua internação é imprescindível para o acompanhamento deste durante o processo de internação.

Lindenberger *et al.* (2003) avaliaram 1557 idosos com 70 anos ou mais em um hospital escola e um hospital universitário, encontraram 25% deles com declínio funcional acentuado no momento da internação e destes 44% não conseguiram recuperar sua capacidade funcional.

Em outro estudo desenvolvido por Mudge; O'Rourke; Denaro (2010) com 615 idosos acima de 65 anos admitidos em uma unidade de clínica médica, no momento da internação verificaram que 442 (64,7%) dos idosos não apresentavam dependência para as atividades de vida diária, 86 (82,6%) referiram dificuldade para uma a duas atividades e 87 (44,8%) referiram entre três a cinco dificuldades para atividades de vida diária. Entre os idosos, 200 (76,0%) deles referiram história de queda, 64 (81,3%) história de demência e 64 (51,6%) má nutrição.

Neste mesmo estudo, fatores como idade avançada, dependência nas atividades de vida diária, demência, histórico de quedas, admissão hospitalar recente, foram significativamente associados ao declínio funcional pré-hospitalar. Fatores como distúrbios neurológicos, sepse urinária, diagnósticos relacionados à queda e fraturas, também estavam fortemente associados a uma maior probabilidade de desenvolver declínio funcional.

Pesquisas desenvolvidas por Sager *et al.* (1996), Mateev *et al.* (1998) do mesmo modo, apontam para a necessidade de conhecer o estado funcional do idoso no momento da internação, pois outros fatores podem contribuir para que o declínio aconteça antes da hospitalização como aspectos socioeconômicos, estado nutricional deficiente e gravidade da doença que motivou a internação.

Winograd *et al.* (1991); Covinsky *et al.* (2000), Wu *et al.* (2000) e Covinsky *et al.*, (2003), realizaram investigações com idosos na admissão e alta, que mostravam a capacidade funcional e o estado cognitivo anterior a internação hospitalar, estes dois fatores são os melhores preditores de mortalidade após a internação assim como o declínio funcional decorrente do processo de internação.

2.3. CAPACIDADE FUNCIONAL

A alteração demográfica mais importante, com influência na utilização dos serviços públicos de saúde, é o aumento de pessoas longevas, pela carga de doenças crônicas e as limitações na capacidade funcional (CALDAS, 2003).

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a), a perda da capacidade funcional é apontada como o principal problema que pode afetar o idoso, devido às consequências da evolução das enfermidades e do seu estilo de vida. As perdas de habilidades físicas e mentais nas atividades básicas e instrumentais de vida diária representam menos qualidade de vida para um número significativo de pessoas com idade avançada.

A WHO (2003, p.14), através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), define a capacidade funcional como “um construto que indica o máximo possível de funcionalidade que uma pessoa pode atingir em um dado momento”. Para os idosos, esta avaliação é relacionada aos aspectos práticos das atividades de cuidado pessoal e ao grau de manutenção da capacidade, para o desempenho das atividades básicas e mais complexas do cotidiano.

Na medida em que o ser humano envelhece, as tarefas do seu cotidiano consideradas corriqueiras passam paulatinamente a ser de mais difícil execução. A

independência significa que a função é realizada sem supervisão, direção ou ajuda sendo esta avaliação baseada na situação real e não na capacidade do sujeito.

A capacidade funcional pode ser definida como um conjunto de competências comportamentais, relacionadas ao manejo da vida diária sem ajuda de outra pessoa e está dimensionada nos termos da habilidade e independência para realizar determinadas atividades. Ela pode ser expressa como o funcionamento do indivíduo física e cognitivamente independente (NERI, 2006; MELO, 2009).

A capacidade funcional surge como um novo indicativo da saúde, principalmente para avaliação do idoso (FILLENBAUN, 1984). No envelhecimento saudável, para Ramos (2003), esta habilidade é vista como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

Para Cardoso e Costa (2010), o conceito de saúde do idoso está relacionado com sua capacidade funcional. A capacidade de cuidar de si mesmo, de determinar e executar atividades da vida cotidiana, com autonomia e independência, mesmo apresentando morbidade.

Segundo a OMS (2005), autonomia é definida como a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como deve viver de acordo com suas próprias regras; e independência é definida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, ou como a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros. Ao perder a autonomia o idoso pode apresentar isolamento da família, da sociedade, e muitas vezes, alterações emocionais.

Para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) presentes nos idosos, como cardiopatias, Diabetes *Mellitus* (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), artrites e artroses, problemas de coluna, dificuldades visuais e auditivas, independentemente da faixa etária, eles necessitam de adesão ao tratamento. Cabe aos profissionais de saúde proporcionar a interação entre as orientações e o direcionamento do tratamento com a participação deste idoso, que necessita adequar suas crenças às informações atualizadas fornecidas por toda a equipe que presta assistência.

É importante que o idoso reconheça que a manutenção de sua capacidade de gerir e determinar seus desejos impedirá o desenvolvimento de possíveis sequelas que então trazem dependência e perda da autonomia.

Para tanto, a avaliação da capacidade funcional é um importante preditivo de saúde para os idosos, quando eles apresentam indícios de declínio, com o risco para a morbidade e mortalidade (MILLÁN-CALENTI, 2010). Dificuldades na funcionalidade do idoso representam risco elevado para as perdas da independência funcional e este declínio pode estar relacionado com a síndrome da fragilidade (NERI, 2005; TEIXEIRA, 2010).

Segundo Araújo; Ceolim (2007) o declínio da capacidade funcional aumenta com a idade, portanto, todos os esforços devem ser despendidos no sentido de prevenir a dependência física e retardá-la ao máximo possível para que o idoso possa viver o maior tempo possível em seu ambiente familiar.

Estudo transversal desenvolvido por Nunes *et al.* (2009) com 397 idosos, constatou que idosos na faixa etária de 70 a 79 anos têm 7,3 vezes mais chances de apresentar comprometimento da capacidade funcional em relação à faixa entre 60 e 69 anos. Os idosos com 80 anos ou mais apresentaram 3,5 vezes mais chances de apresentar dificuldade na sua funcionalidade quando comparados aos idosos com 70 a 79 anos, comprovando a premissa de que o aumento da idade implica maior comprometimento da capacidade funcional.

A avaliação da capacidade funcional deve ser utilizada para ajudá-los a melhorar seu estado funcional e seu bem-estar, com independência e a manter a autonomia e a dignidade, mesmo que apresentem perdas físicas, sendo útil também para preservar as capacidades sociais, cognitivas e psicológicas (BLAZIN, 2006).

Segundo Paixão Jr; Reichenheim (2005), uma avaliação geriátrica eficiente e completa torna-se cada vez mais urgente. O estado funcional é a dimensão base para a avaliação geriátrica. Para os autores o método mais usado é a: observação direta através de teste de desempenho e por questionários que podem ser auto-aplicados ou preenchidos em entrevistas face a face, sistematizados por escalas (instrumentos de avaliação funcional) que aferem os principais componentes do estado funcional.

A perda funcional dos idosos para as atividades cotidianas é avaliada através de escalas que foram construídas para medir o desempenho na realização de tarefas indispensáveis para a manutenção de uma vida normal de cada indivíduo. Segundo Ramos (2003), as escalas ou instrumentos elaborados permitem avaliar as várias dimensões da capacidade funcional de um idoso relacionado ao seu conceito de saúde.

Em muitos estudos, é necessária a utilização de dois ou mais instrumentos, para obter os resultados que se deseja conhecer durante uma pesquisa ou avaliação. Segundo Gomes e Diogo (2004), a escolha de um instrumento de avaliação de capacidade funcional deve ser criteriosa pelo número de opções à disposição. Alguns instrumentos foram testados para realidade brasileira em sua sensibilidade, especificidade e confiabilidade.

Os instrumentos para a avaliação funcional podem utilizar diferentes dimensões: física, psicológica, funcional, social, entre outras. As avaliações podem ser unidimensionais, mistas ou globais. Na literatura, as escalas de capacidade funcional mais utilizadas são descritas a seguir: a Escala de Katz (KATZ *et al*, 1963), avalia a independência funcional dos pacientes em seis funções básicas (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ser continente e alimentar-se). É um dos instrumentos mais utilizados em estudos gerontológicos nacionais e internacionais (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO 2007).

A escala idealizada por Lawton e Brody (LAWTON; BRODY, 1969), denominada de Escala de Lawton, avalia as atividades instrumentais de vida diária, ou seja, considera as ações mais complexas como usar o telefone, fazer viagens, preparar a sua alimentação, fazer compras, desenvolver trabalhos domésticos, tomar corretamente os medicamentos e controlar o orçamento doméstico. A escala de Andreotti; Okuma (1999) consiste em 40 questões envolvendo AVDs e AIVDs, e de acordo com total de pontos, o idoso é classificado quanto à sua capacidade funcional em muito ruim, ruim, média, boa ou muito boa.

Outra escala utilizada é o Índice de Barthel (MAHONEY; BARTHEL, 1965) que compreende dez itens de mobilidade, que constituem as ABVD. O Índice de Barthel tem como finalidade avaliar a independência funcional no cuidado pessoal e a mobilidade (MINOSSO *et al.*, 2010). Ao final, ocorrem duas categorias: ausência de incapacidade (independência) e presença de incapacidade (representada pelos indivíduos com dependência leve até total). A escala chamada de *Older Americans Resources and Services* – OARS (FILLEMBAUM; SMYER, 1981), tem como finalidade estabelecer um perfil de saúde multidimensional. Identifica quais as dimensões que diretamente comprometem a capacidade funcional e indica soluções para a terapêutica do idoso (RAMOS, 2003).

Já a escala *Performance Oriented Mobility Assessment* - POMA (TINETTI, 1996), tem a finalidade de avaliar a condição de equilíbrio e alteração da marcha,

pela probabilidade do risco de quedas dos idosos. Outra escala também muito utilizada é a Medida de Independência Funcional - MIF (GRANGER; HAMINTON; SHERWIN, 1986).

A Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento de avaliação da capacidade funcional utilizada em pacientes com os mais diversos problemas de saúde e que atualmente vem sendo aplicada nos hospitais e centros de reabilitação para avaliar o desempenho de uma pessoa quanto às funções motoras e cognitivas e interação social (RIBERTO *et al.*, 2001).

A MIF foi desenvolvida em 1983, por Granger e colaboradores, através de uma força tarefa norte-americana organizada pelo Congresso e pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação. Este grupo reuniu um conjunto de dados para mensuração da incapacidade e para avaliação dos resultados de programas de reabilitação. O intuito desta equipe foi criar instrumento capaz de medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros, que o paciente portador de deficiência exige para a realização de tarefas do cotidiano (RIBERTO *et al.*, 2001).

Kawasaki; Cruz e Diogo (2004) organizaram uma revisão bibliográfica da utilização da MIF em idosos e encontraram 35 trabalhos publicados em bases de dados internacionais no período de 1993 a 2003. As autoras comprovaram que a MIF apresenta propriedades psicométricas comprovadas, sensibilidade para detectar pequenas alterações funcionais e mensurar não apenas o que o idoso é capaz de fazer, mas o quanto necessita de ajuda de terceiros para executar suas atividades (RIBERTO *et al.*, 2001; KAWASAKI; CRUZ; DIOGO, 2004).

Paixão Jr. e Reichenheim (2005) realizaram uma revisão sistemática a respeito o histórico da utilização e a adaptação dos instrumentos de avaliação funcional. Foram analisados 30 instrumentos, entre eles a MIF que vários estudos de validação e confiabilidade com bom poder estatístico no quesito propriedades psicométricas, completeza e qualificações de boa a excelente.

Deste modo, verifica-se que o emprego do instrumento MIF tem sido muito utilizado em estudos com esta população. Segundo Pollak; Rheault; Stoecker (1996), também foi validada para idosos com mais de 80 anos.

A avaliação da capacidade funcional no idoso permite aos profissionais de saúde conhecer as condições de saúde do paciente, como a presença de comorbidades e incapacidades e relacionar como estas dificuldades exercem influência na sua qualidade de vida.

3. MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo quantitativo descritivo transversal. Segundo Klein; Block (2005), estudo transversal é caracterizado pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos, em uma única oportunidade. Estes estudos seccionais são apropriados para descrever a situação, o *status* do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo. É apontado como um recorte da realidade.

O estudo transversal é aquele que mostra um instantâneo da situação de saúde de um grupo ou da comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo teve como campo de pesquisa dois Hospitais de Ensino, de grande porte, da cidade de Curitiba-Paraná. Os Hospitais de Ensino são instituições públicas ou privadas que se integram com rede própria, contratada ou conveniada ao SUS, certificados pelo Ministério da Saúde e da Educação. Participam na formação de estudantes de cursos técnicos, graduação e pós-graduação e contribuem com o desenvolvimento científico, avaliação tecnológica e pesquisa (BRASIL, 2004).

O primeiro hospital de ensino apresenta gestão pública federal e atualmente possui 540 leitos ativos, distribuídos em 45 especialidades, com aproximadamente 745.200 internações anuais para tratamento clínico e cirúrgico, em média 61 mil internamentos/mês, 1.464 internações/mês e 837 cirurgias/mês.

O segundo hospital de ensino tem como características ser particular, de caráter filantrópico, sendo 70% do atendimento destinado aos pacientes advindos do

Sistema Único de Saúde (SUS), com 750 leitos e atende a 41 especialidades perfazendo 1.445.763 atendimentos por ano com os mesmos tratamentos.

Ambos os hospitais, constituem importantes espaços com o propósito da atenção à saúde de alta complexidade, e por intermédio de contrato com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, realizam atendimento de referência e contra-referência com as unidades de saúde (UBS), e os Centros Municipais de Urgências Médicas (CMUMS).

As unidades de internação escolhidas para a pesquisa foram as que admitiam pacientes adultos em tratamento clínico ou cirúrgico e que concentravam maior número de idosos internados como: Clínica do Aparelho Digestivo, Cardiologia, Cirurgia Vascular, Clínica de Cirurgia Geral, Ginecologia, Clínica Médica, Neurologia, Ortopedia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia, Pronto Atendimento e Urologia.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi composta por idosos de 80 anos ou mais, de ambos os sexos, admitidos para tratamento clínico ou cirúrgico em dois Hospitais de Ensino da cidade de Curitiba-Paraná.

A amostra foi constituída por meio de critérios elaborados de inclusão e exclusão e período amostral de janeiro a junho de 2011. Em ambos os hospitais foram abordados 310 idosos longevos e destes 179 não preencheram os critérios de inclusão, sendo que 23 não atingiram os pontos de corte do MEEM, 12 foram re-internações e três não aceitaram participar da pesquisa. A amostra final foi constituída por 116 idosos de 80 anos ou mais.

Os idosos longevos foram identificados por meio de consulta no sistema de informática de internação dos hospitais, à medida que internavam nos hospitais. Eles foram relacionados em uma lista-controle com nome, registro, idade e local de internação e em seguida abordados, aleatoriamente, e convidados a participar da entrevista. Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) dava-se o início à entrevista com a aplicação do MEEM.

Para aqueles que não atingiam os pontos de corte do MEEM, a pesquisa foi encerrada.

A amostra deste estudo foi constituída pelos idosos que atenderam os seguintes critérios de inclusão:

- ser idoso maior ou igual a 80 anos;
- idosos com pontuação superior ao ponto de corte no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO 1).

Os critérios de exclusão dos idosos do estudo foram:

- ser portador de Doença de Parkinson, Mal de Alzheimer, portador de AVE ou outra doença física ou mental que impeça a aplicação dos questionários;
- apresentar quadro de saúde crítico que impossibilite responder às perguntas.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu nas primeiras 48 horas de internação e foram utilizados três instrumentos: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), esse apenas para *screening* cognitivo (ANEXO 1); questionário socioeconômico, demográfico e do perfil clínico (APÊNDICE 2); e Medida de Independência Funcional (MIF) (ANEXO 2).

Para o MEEM foi utilizado os pontos de corte segundo a escolaridade proposta por Bertolucci *et al.* (1994): 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para escolaridade baixa e média e 26 pontos para aqueles com escolaridade alta.

O MEEM foi desenvolvido por Folstein *et al.* (1975) e compreende 11 itens, agrupados em 7 domínios: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. A pontuação varia de zero (maior grau de comprometimento cognitivo) até 30 (melhor capacidade cognitiva).

Os dados da condição socioeconômica e do perfil clínico (APÊNDICE 2) foram coletados por meio de questionário semi-estruturado com perguntas fechadas. Foram investigadas as seguintes variáveis socioeconômicas: idade, gênero, local de nascimento, estado civil, escolaridade, religião, renda mensal. Quanto ao perfil clínico, foram pesquisadas as condições de saúde, diagnóstico prévio, doenças pré-

existentes, uso de álcool e cigarro, atividade física, uso de medicamentos, condição visual, auditiva e dentária, atividade física e hábitos de lazer.

Foi realizado estudo piloto, com cinco idosos, para verificar a adequação do conteúdo do questionário socioeconômico e clínico e a sequência proposta para a coleta de dados. Pequenas alterações foram realizadas correspondentes aos aspectos socioeconômicos e às comorbidades.

A capacidade do idoso e o tipo de ajuda necessária para as atividades de vida diária na realização de tarefas motoras e cognitivas foram avaliados por meio da MIF (ANEXO 2). O principal foco da MIF é mensurar o grau de solicitação de cuidados de terceiros de que o paciente necessita para realização das atividades cotidianas. É possível também avaliar as dificuldades próprias do indivíduo e aquelas relacionadas ao ambiente (RIBERTO *et al*, 2001).

A MIF é um instrumento que compreende o domínio motor e cognitivo/social sendo composto por 18 itens que avaliam o desempenho do indivíduo, distribuídos por domínio motor em subescalas que envolvem 13 atividades: **autocuidado**- alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se acima da cintura, vestir-se abaixo da cintura e uso de vaso sanitário; **controle esfinteriano** - controle de urina e controle de fezes; **transferências** - leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, chuveiro / banheira; **locomoção** – locomoção e escadas. O domínio cognitivo e social contém 5 atividades: **comunicação**- compreensão e expressão e **cognitivo social**- interação social, resolução de problemas e memória (Quadro 1).

	DOMÍNIOS	DIMENSÕES	CATEGORIAS
MIF TOTAL (18 - 126 pontos)	MIF MOTOR (13 - 91 pontos)	Autocuidados (6 - 42 pontos)	Alimentação
			Higiene pessoal
			Banho
			Vestir-se acima da cintura
			Vestir-se abaixo da cintura
			Uso do vaso sanitário
		Controle de Esfíncteres (2 - 14 pontos)	Controle de urina Controle de fezes
	MIF COGNITIVO (5 - 35 pontos)	Mobilidade (3 - 21 pontos)	Transferências leito, cadeira, cadeira de rodas
			Transferência vaso sanitário
			Transferência chuveiro/ banheira
		Locomoção (2 - 14 pontos)	Marcha / cadeira de rodas
			Escadas
	MIF COGNITIVO (5 - 35 pontos)	Comunicação (2 - 14 pontos)	Compreensão Expressão
		Cognição Social (3 - 21 pontos)	Interação social
			Resolução de problemas Memória

QUADRO 1 - Organização esquemática da composição da Medida de Independência Funcional (MIF) e suas respectivas pontuações.

Fonte: Riberto *et al.* (2001).

Para cada item, a pontuação varia de 1 a 7, sendo dependência total (1) e independência (7). A pontuação máxima é de 126 pontos, para independência completa e 18 pontos para a pontuação mínima que revela alto grau para dependência (RIBERTO *et al.*, 2004). Os níveis de dependência podem ser assim classificados como demonstrado no Quadro 2 .

NÍVEL	DEPENDÊNCIA FUNCIONAL	PONTUAÇÃO
7	Independência Completa	104 - 126 pontos
6	Independência Modificada	
5	Supervisão, estímulo ou preparo	61 - 103 pontos
4	Dependência Mínima (assistência de até 25% na tarefa)	
3	Dependência Moderada (assistência de até 50% na tarefa)	19 - 60 pontos
2	Dependência Máxima (assistência de até 75% na tarefa)	
1	Dependência Total (assistência total)	18 pontos

QUADRO2 - NÍVEIS DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL, COM SUAS RESPECTIVAS PONTUAÇÕES.

FONTE: RIBERTO *et al*, (2001).

Segundo Riberto *et al*. (2001), a MIF classifica os pacientes segundo o grau de dependência para cada atividade a ser realizada demonstrada no Quadro 2.

	NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	DESCRIÇÃO dos NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA
	INDEPENDÊNCIA (SEM AJUDA)	Não é necessária a ajuda de outra pessoa para realizar as atividades.
7	INDEPENDÊNCIA COMPLETA	Todas as tarefas descritas que constituem a atividade em questão são realizadas em segurança, sem modificação, sem ajuda técnica e em tempo razoável.
6	INDEPENDÊNCIA MODIFICADA	A atividade requer uma ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese, um tempo de realização demasiado elevado, ou não pode ser realizada em condições de segurança suficientes.
	DEPENDENTE (COM AJUDA)	É necessária outra pessoa para supervisão ou ajuda física, sem a qual, a atividade não pode ser realizada.
5	SUPERVISÃO ou PREPARAÇÃO	A pessoa só necessita de um controle, ou uma presença, uma sugestão, ou um encorajamento, sem contato físico. Ou ainda o ajudante (a ajuda) arranja ou prepara os objetos necessários ou coloca a órtese ou prótese (ajuda técnica).
4	ASSISTÊNCIA MÍNIMA	O contato é puramente “tátil”, com uma ajuda leve, a pessoa realiza a maior parte do esforço.
3	ASSISTÊNCIA MODERADA	A pessoa requer mais que um contato leve, uma ajuda mais moderada, realiza um pouco mais da metade do esforço requerido para a atividade.
	DEPENDÊNCIA COMPLETA	A pessoa efetua menos da metade do esforço requerido para a atividade. Uma ajuda máxima ou total é requerida, sem a qual a atividade não pode ser realizada.
2	ASSISTÊNCIA MÁXIMA	A pessoa desenvolve menos da metade do esforço requerido, necessitando de ajuda ampla ou máxima, mas ainda realiza algum esforço que ajuda no desempenho da atividade.
1	ASSISTÊNCIA TOTAL	A pessoa efetua esforço mínimo, necessitando de ajuda total para desempenhar as atividades.

QUADRO 2- Medida de Independência Funcional – Descrição dos Níveis de Dependência

FONTE: BRASIL (2006).

Para aplicação do instrumento da MIF, foram utilizadas as sugestões propostas pelo manual elaborado por Riberto *et al.* (2001) e Amaral (2010) (APÊNDICE 3).

A MIF foi escolhida para ser utilizada neste estudo pela abrangência dos aspectos motor, cognitivo e social necessários para o conhecimento dos idosos, por sua ampla utilização em estudos em outros países e por estar validada no Brasil.

Para a utilização correta deste instrumento, a mestrandia participou do Curso de Capacitação para o uso da MIF, de 8 horas aula, ministrado pelo Dr. Marcelo Riberto, realizado nas dependências do Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (ANEXO 3).

3. 5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

O banco de dados foi organizado no programa Excel e para as análises estatísticas utilizou-se o *software* EpiInfo (versão 6.01). Os dados digitados foram submetidos à dupla conferência para garantir a confiabilidade dos resultados.

As variáveis independentes do estudo foram: idade, sexo, raça, escolaridade, estado civil, religião, renda do idoso, arranjo familiar e número de filhos. Dentro do perfil clínico: diagnóstico do idoso no momento da internação, comorbidades, medicamentos utilizados, preventivo para o câncer, quedas, edentulismo, atividade física, atividades sociais e hábitos de vida (tabagismo, etilismo). A capacidade funcional foi considerada variável dependente.

Para o tratamento dos dados socioeconômicos e demográficos (variáveis quantitativas), realizaram-se análises descritivas com medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão) e as variáveis qualitativas foram analisadas por frequências e percentuais.

Na comparação das variáveis socioeconômicas, e demográficas e do perfil clínico em relação aos resultados da MIF, considerou-se o teste não-paramétrico de Kruskal- Wallis ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Os valores de $p \leq 0,05$ indicaram significância estatística.

Os resultados foram apresentados em tabelas, gráficos, quadros e na linguagem descritiva.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), no dia 15 de dezembro de 2010 sob o registro CEP/SD **1062.187.10.12 e CAAE 0102.0.091.208-10**, (ANEXO 4 e 5). A coleta de dados nas unidades hospitalares foi autorizada pela direção dos dois hospitais (ANEXO 6 e 7).

O convite à participação neste estudo foi efetivado subsequentemente às explicações sobre os objetivos e procedimentos, incluindo os benefícios e os cuidados que serão tomados para a redução de potenciais desconfortos. Os idosos também receberam orientações sobre o sigilo das informações, anonimato para garantir a preservação da identidade (identificados na pesquisa por meio de letras e números). Enfatizou-se que a participação é voluntária e que a recusa ou a desistência como sujeito da pesquisa não necessitaria de justificativas, não interferindo nos seus direitos como paciente durante o atendimento, assistência e tratamento na instituição. A coleta de dados para a pesquisa foi precedida da leitura, aceitação e assinatura do TCLE (APÊNDICE).

Os dados coletados na pesquisa foram armazenados em fichários próprios e arquivos eletrônicos que ficaram sob responsabilidade da mestranda.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico, serão apresentados os dados referentes às características socioeconômicas, demográficas, perfil clínico; a avaliação da capacidade funcional segundo a MIF e associação entre as variáveis avaliadas na pesquisa e a capacidade funcional conhecida pela MIF.

Para a realização das discussões dos resultados, foram utilizados estudos levantados da literatura, sendo que a maioria deles enfoca somente a temática idoso. Utilizou-se destas referências em razão do déficit de pesquisas com longevos nas publicações vigentes.

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS LONGEVOS

Na Tabela 1, destaca-se que a maioria dos idosos se encontra na faixa etária 80 a 84 (79,3%). A idade média foi de 82,5 anos, a mediana, de 82,0 anos e o desvio padrão de 2,8. Observa-se uma maior concentração de idosos 113 (97,4%) entre 80 a 89 anos e três (2,6%) acima de 90 anos.

No presente estudo, a maior procura por atendimento hospitalar foi realizado por idosos pertencentes à faixa etária de 80 a 89 anos, que apresentavam como característica boa funcionalidade para as atividades de vida diária. O crescimento acelerado na faixa etária de 80 a 85 anos no Brasil entre 2000 e 2005, segundo a ONU (ONU, 2010), justifica ser esta a faixa etária com maior procura por cuidados de saúde especializados encontrados nesta investigação.

Segundo Camarano (2004), o aumento deste segmento compreendido por pessoas com mais de 80 anos se deve a dois processos observados no passado, o primeiro à alta natalidade e o segundo a redução da mortalidade. Com o avanço tecnológico e os avanços da medicina, os indivíduos passaram a viver mais, contribuindo para o envelhecimento populacional. Este grupo etário apresenta heterogeneidade e vulnerabilidades que exigem demandas socioeconômicas tanto para as famílias como para a sociedade.

Entretanto, alguns autores com objetivos diferentes em seus estudos também encontraram esta mesma faixa etária em suas pesquisas, como Ricci; Kubota; Cordeiro (2005) e Sposito *et al.* (2010).

Amaral *et al.* (2004) analisaram quatro hospitais por meio do banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), um hospital municipal, dois universitários com diferenças no número de leitos e outro municipal com apenas leitos geriátricos. Verificaram que das 25.928 internações realizadas em 1999, 7584 foram de idosos com mais de 60 anos, 1285 (16,9%) com idade igual ou superior a 80 anos e 737 (9,7%) com 80- 84 anos.

Outro dado relevante encontrado neste estudo foi à predominância do sexo feminino (56%). Camarano (2004), Veras (2004) e Lebrão; Laurenti (2005) observaram que o maior percentual de mulheres nas pesquisas decorre da sua maior longevidade, pois, entre outras causas, elas apresentam menor exposição a fatores de riscos, como tabagismo e etilismo, violências, além das diferenças de atitude entre homens e mulheres em relação ao controle e tratamento das doenças. Segundo Veras (2004), esta ampliação da expectativa de vida é significativa para as mulheres e caracteriza a “feminização da população idosa”.

Lima-Costa; Camarano (2008) ressaltam que apesar de as mulheres apresentarem menor mortalidade que os homens, não significam que estes anos vividos a mais sejam com boas condições de saúde. Este período a mais de vida das idosas muitas vezes está comprometido com debilidades físicas causadas pelas doenças crônicas e aumento da dependência para as atividades de vida diária.

O quantitativo de idosas encontrado neste estudo foi similar aos estudos transversais de Ricci; Kubota; Cordeiro (2005) com 80%, Nogueira (2008) com 53% e Sposito *et al.* (2010) com 61,6%.

Tabela 1. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS LONGEVOS, CURITIBA-PR, BRASIL, 2011.

VARIÁVEIS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Faixa Etária		
80 a 84	92	79,3
85 a 89	21	18,1
>90 anos	3	2,6
Sexo		
Masculino	51	44,0
Feminino	65	56,0
Escolaridade		
Analfabeto	49	42,2
1ª a 4ª série	61	52,6
5ª a 8ª série	4	3,4
2º grau	2	1,7
Renda		
< de 1 salário mínimo*	1	0,9
1 salário mínimo	4	3,4
1 a 2 sal. mínimos	102	87,9
> de 2 sal. mínimos	9	7,8
Estado Civil		
Casado	34	29,3
Viúvos	73	62,9
Solteiro	7	6,0
Separado/desquitado	2	1,7
Raça		
Branca	108	93,1
Negra	6	5,2
Parda	1	0,9
Indígena	1	0,9
Religião		
Católica	75	64,7
Evangélica	39	33,5
Protestante	1	0,9
Nenhuma	1	0,9
Local de Nascimento		
Rural	91	78,4
Urbano	25	21,6
Total	116	100,0

* Salário mínimo vigente no momento do estudo é R\$ 545,00 (Brasil, Lei nº 12.382 de 25/02/2011)
 FONTE: A autora (2011).

Referente à escolaridade, verifica-se na Tabela 1 que, 49 (42,2%) são analfabetos e 61(52,6%) estudaram entre 1 a 4 anos. Idosos que estudaram entre 5 a 8 anos foram 4 (3,4%) e apenas 2 (1,7%) completaram o 2º grau. Dados semelhantes foram encontrados em estudos transversais, que também investigaram idosos admitidos em hospitais de ensino. Siqueira *et al.*(2004), pesquisaram 94 idosos internados, e desses, 83,0% eram analfabetos ou com baixa escolaridade, e

17,0% classificados com média ou alta escolaridade. No estudo de Rabelo *et al.* (2010), com 276 idosos avaliados na admissão de um hospital universitário, 260 (94,2%) não haviam estudado ou concluído o ensino fundamental, e Sthal; Berti; Palhares (2011) encontraram em 71 idosos, 42,86% de idosos analfabetos e 45,71% apresentavam baixa escolaridade.

A baixa escolaridade é um reflexo da organização social do início do século passado, que dificultava aos pobres e às mulheres o acesso à escola. A reduzida alfabetização proporcionada para as crianças da época era sustentada pela dificuldade das famílias em encaminhar os filhos para a escola, e pela necessidade de mão de obra para ajudar na lavoura. A cultura da época valorizava as mulheres para serem boas esposas, mães e donas de casa (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004, INOYE; PEDRAZANI; PAVARINI, 2008 e FARIAS, 2010).

O analfabetismo e a baixa educação dificultam a leitura e compreensão das informações escritas, comprometendo o entendimento de receitas e medicamentos (FARIAS, 2010). Para Scattolin; Colombo; Diogo (2007, p. 223), a escolaridade é “um fator protetor para a saúde”, pois, os indivíduos com mais instrução apresentam menores chances de exposição aos fatores de risco para doenças, bem como mais cuidados no ambiente de trabalho.

Majoritariamente os idosos da presente pesquisa viveram a infância e a adolescência na região rural, sendo estes dados semelhantes aos de Moraes (2007), que encontrou 58,8% de idosos mais idosos analfabetos que apenas assinam o nome. No estudo desenvolvido por Lebrão; Laurenti (2005) mencionado acima, 62,6% de idosos viveram por cinco anos ou mais na área rural até os seus quinze anos de vida. Estes foram privados de escolas e de cuidados de saúde, serviços que na zona urbana são proporcionados para toda a população.

Em relação à renda, 68,1% são aposentados, 87,9% deles referiram receber renda mensal de um a dois salários mínimos. Apenas 7,8% relataram ainda trabalhar fora e assim recebem uma renda a mais além da aposentadoria. Um estudo tipo inquérito domiciliar transversal realizado por Soares *et al.* (2010) com 1.339 idosos acima de 60 anos residentes na zona urbana da cidade de Uberaba/MG, apresentou 205 idosos com idade de 80 anos entre as quais 117 (57,1%) referiram receber renda de apenas um salário mínimo.

Nos estudos de Nogueira (2008), Pedrazzi (2008), Farias (2010), a renda declarada pelos idosos foi em torno de um a três salários mínimos. Quanto às

condições econômicas, os idosos referem receber aposentadoria, e as idosas na maioria viúvas, recebem pensão e ajuda financeira dos filhos e poucas auferem aposentadoria.

Segundo Chaimowicz (1997), uma das características marcantes da população brasileira é a pobreza. Na medida em que os idosos longevos recebem baixa remuneração em aposentadoria ou pensão, passam por condições adversas para manter moradia adequada e têm dificuldades na aquisição de alimentação e medicamentos. Estes fatores exercem influência na manutenção da saúde destes indivíduos, com ocorrências de descontrole de doenças pré-existentes, aumento de doenças crônicas e dificuldades na capacidade funcional. Estes aspectos contribuem para que os idosos se tornem dependentes dos filhos, muitas vezes não somente financeira, mas na ajuda para realização das atividades da vida diária.

O idoso que apresenta baixo rendimento de aposentadoria ou pensão tem dificuldade para custear sua saúde, dentre outras a compra de medicamentos e dificuldades no deslocamento até as unidades de saúde. A consequência é a degradação da saúde com o agravamento das doenças crônicas, culminando com deterioração do seu estado funcional.

Todos os idosos longevos 116 (100%) reportaram utilizar o SUS no momento agudo de algum problema de saúde e permanecem em acompanhamento nas unidades de referência. Cabe salientar que este dado pode ser justificado devido o cenário deste estudo, pois as duas instituições pesquisadas atendem majoritariamente o SUS, o que explicaria a alta percentagem. Este quantitativo não é encontrado em outros estudos, como a pesquisa de por Cruz (2009), mostrou que 45,2% dos idosos de Ribeirão Preto e 35% dos idosos de Caxias do Sul procuram os cuidados prestados pelo SUS, sendo que os demais idosos utilizam serviços de algum tipo de convênio.

Verifica-se, na Tabela 1, que 108 (93,1%) dos idosos referem ser da raça branca e seis (5,2%) da raça negra. Estes achados são condizentes com os dados do IBGE (2008), de que 80,8% da população na região sul é composta pela raça branca. A predominância da raça branca também é encontrada no estudo de Farias (2010), com 96,5% e de Moraes (2007) em 83,9% desta população.

Quanto à religião, o predomínio foi católica (64,7%), seguida da religião evangélica (33,5%). Estes dados foram semelhantes aos encontrados no estudo de Cruz (2009) realizado com amostras de duas regiões diferentes do País em

contextos ambientais e culturais distintos, com 75% de católicos em Ribeirão Preto e 87% em Caxias do Sul. A religião evangélica apresentou 11% em RP e 5% em CS respectivamente.

Manter a religiosidade e a espiritualidade para os idosos longevos significa um recurso de enfrentamento diante aos eventos estressantes tais como: perdas financeiras com a chegada da aposentadoria, perda do vigor e da beleza da juventude, diminuição de saúde e aumento de doenças crônicas, perda da independência e autonomia, perda de familiares e amigos e a certeza do fim da vida (DUARTE; WANDERLEY, 2011).

Em estudo desenvolvido por Duarte; Wanderley (2011), com 30 idosos admitidos em uma enfermaria geriátrica de um Hospital Público de São Paulo, apenas 20% destes idosos praticavam atividades religiosas como cultos ou igrejas uma ou mais vezes durante a semana; 30% atividade religiosa pelo menos uma vez ao ano, e 17% relataram não a mais de dois anos. Com o passar dos anos a atividade religiosa individual passa a ser mais valorizada. As autoras constataram que 90% delas realizavam orações individuais pelo menos uma vez ao dia dentro de suas residências, sugerindo a importância da religião na vida destas pessoas. Outros fatores colaboravam para que os idosos frequentassem menos os encontros religiosos, entre eles “as limitações físicas, dificuldades de locomoção decorrentes de doenças crônicas, medo de quedas, medo de sair sem companhia e passar por algum tipo de apuro ou violência” (DUARTE; WANDERLEY, 2011, p.52).

Os idosos são impregnados de valores, costumes e crenças e podem ser incompreendidos pela equipe de profissionais de saúde que presta os cuidados durante a hospitalização aumentando o seu estresse.

Segundo as autoras *op cit*, a hospitalização para os idosos também funciona como um agente estressor. Os novos enfrentamentos submetidos dentro de o ambiente hospitalar como exames e procedimentos, associadas à distância da casa e dos familiares, medo do desconhecido e fantasias com a morte aumentam a vulnerabilidade destes idosos. Lenardt *et al.* (2007), em pesquisa qualitativa desenvolvida em uma unidade cirúrgica de um Hospital Universitário da cidade de Curitiba-PR, com 13 idosos entre 60 e 85 anos, identificaram que alguns procedimentos causam constrangimentos, perda da privacidade, dificuldades de comunicação com a equipe.

Na Tabela 1, observa-se que 73 (62,9%) dos idosos são viúvos, 34 (29,3%) são casados, sete (6,0%) idosos solteiros e dois (1,7%) desquitados ou divorciados. Estes dados são similares ao estudo desenvolvido por Moraes, Rodrigues; Gerhardt (2008) com 137 idosos mais idosos, dos quais 85 (62%) eram viúvos dentro deste número 68 (80%) eram mulheres.

No estudo transversal, com 147 idosos mais velhos com o objetivo de caracterizar o arranjo familiar e a rede de suporte social e sua funcionalidade, Pedrazzi (2008) constatou que 54,4% dos idosos eram viúvos, 36,1% eram casados e 6,1% eram solteiros. No estudo transversal desenvolvido por Biazin (2006), com 121 idosos jovens (entre 60 a 79 anos) que sofreram trauma e foram admitidos em hospitais terciários de Londrina, 62% eram casados, (19%) eram viúvos e 4,15% eram solteiros.

De acordo com Lima-Costa; Camarano (2008), o aumento do número de idosas viúvas dentro desta faixa etária está ligado à maior longevidade das mulheres que tendem a permanecer sozinhas, enquanto, os homens procuram por um novo casamento

Outros fatores apontados por Chaimowicz (1997) são os problemas sociais, econômicos e de saúde que, em particular as idosas enfrentam por viverem mais que os homens. Estas mulheres, ao se tornarem viúvas, além da maior dificuldade para um novo casamento, são mais solitárias, apresentam menor nível de escolaridade e renda e maiores possibilidades de agravos de saúde com possibilidade de limitação da sua funcionalidade.

As mulheres viúvas durante o período que apresentavam boa capacidade funcional permaneciam morando sozinhas. Esta situação sofre alterações, quando ocorrem grandes perdas funcionais, que impedem a execução das atividades de vida necessárias para a manutenção da vida, ou as condições financeiras se tornam um empecilho para continuarem em suas casas. Muitas mulheres relutam em morar com os filhos alegando que estarão atrapalhando a dinâmica da casa e somente concordam com a mudança, após serem convencidas que será o melhor para todos.

Na Tabela 1 observa-se que 91 (78,4%) dos idosos entrevistados nasceram na área rural e com passar do tempo se mudaram para região urbana. Neste estudo a maioria dos idosos tem sua origem na região rural e pela privação de melhores oportunidades se explica a baixa escolaridade e a menor renda.

Estudo desenvolvido por Lebrão; Laurenti (2005) teve o objetivo de coletar informações sobre as condições de vida dos idosos (60 anos ou mais) residentes em áreas urbanas de metrópoles de sete países da América Latina e Caribe, entre essas metrópoles o município de São Paulo. Foram entrevistadas 2.143 pessoas, sendo que 62,6% delas viveram por cinco anos ou mais na área rural até os quinze anos de vida.

Segundo o censo realizado em 2010, a população rural perdeu dois milhões de pessoas entre 2000 e 2010. Atualmente, do total de 190,8 milhões de pessoas, 29,8 milhões moram na região rural, o que representa 15,6% da população total do país. Considerando a população de 60 anos ou mais, verificou-se no ano de 2009 que 84% desses indivíduos moram na área urbana no Estado do Paraná (IBGE, 2010). A partir das décadas de 70 e 80 do século XX houve grandes movimentos migratórios de saída de regiões rurais para regiões urbanas motivados pela mecanização da agricultura, diminuição da mão de obra no campo e aumento do processo de industrialização nas cidades (MORAIS, 2007).

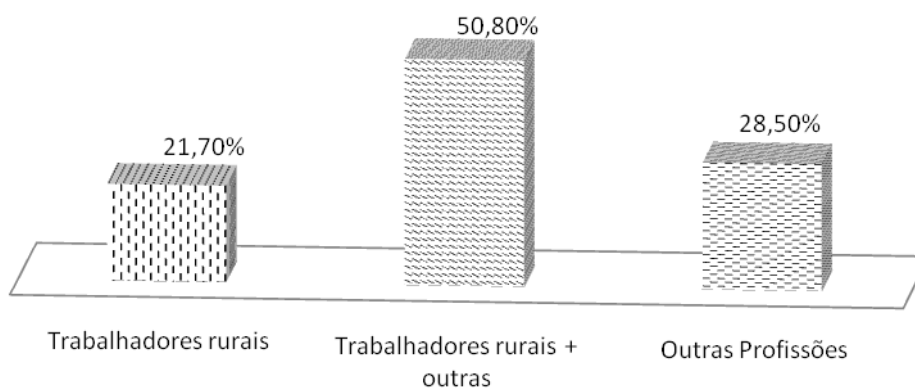


GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS PROFISSÕES EXERCIDAS PELOS IDOSOS LONGEVOS, CURITIBA-PR, BRASIL, 2011.

FONTE: A autora (2011).

As profissões exercidas pelos idosos foram influenciadas pelo seu grau de escolaridade, pois a maioria os ofícios escolhidos não exigiam instrução de alto nível. O Gráfico 1 mostra que 24 (20,7%) foram exclusivamente trabalhadores rurais, 59 (50,8%) idosos foram trabalhadores rurais durante um período de vida e 33

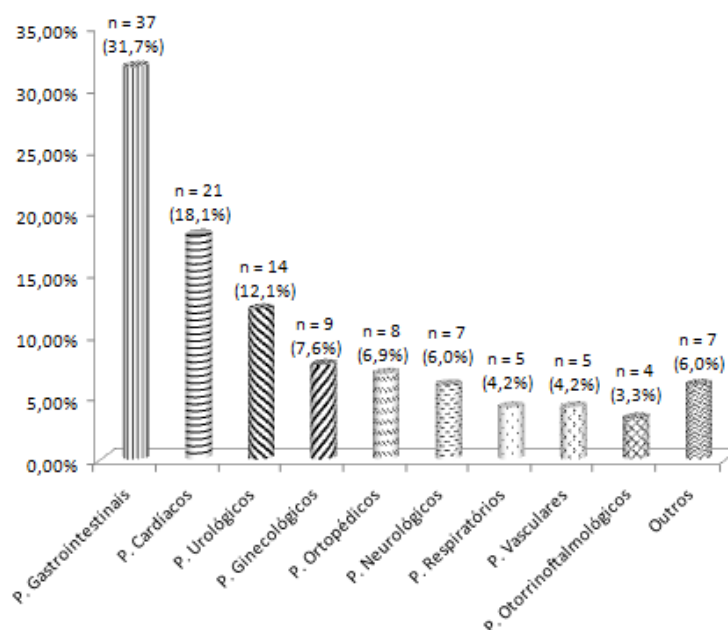
(28,5%) exerceram outras profissões. Entre os idosos que trocaram de ocupação após a saída do campo, 35 (30,1%) dos homens exerceram atividades de carpinteiro, pedreiro, motorista ou guardião e as mulheres atuaram como domésticas, balconistas ou costureiras. Outras profissões exercidas foram artesã, professora, atendente de enfermagem, zeladora, escrivão policial, caminhoneiro, metalúrgico, balconista, operador de cinema, mestre de obras e mecânico

4.2 PERFIL CLÍNICO DOS IDOSOS LONGEVOS

O perfil clínico dos longevos é composto por diversas doenças, as quais foram agrupadas segundo a especialidade que pertencem. Essas são apresentadas no Gráfico 2. Distinto de outros estudos, cujos problemas cardíacos e respiratórios aparecem sempre entre os primeiros, nesse estudo predominou os problemas do aparelho digestivo. Este fato pode ser explicado pelo maior número de idosos concentrados nas unidades de internação que investigam e tratam de problemas de saúde dessa área.

Conforme Gráfico 2, verifica-se que entre os problemas de saúde dos idosos admitidos nos hospitais, 37 (31,7%) apresentam problemas gastrointestinais com destaque para: pré e pós-operatórios de cirurgias como herniorrafias inguinais (6) e, epigástricas ou incisionais (4), colecistectomias (5), laparotomias exploratórias para investigação de doenças gastroduodenais (Tumores de estômago e duodeno) e correção de úlcera péptica (3), reversão de colostomias (2); investigação de sangramentos (2) e investigação para elucidação de diagnóstico de neoplasias de esôfago (5), intestino (4), estômago (1) e pâncreas (1). Um idoso apresentou Síndrome de Fournier e outro problema de deglutição por doença de Chagas.

Verifica-se no Gráfico 2, que problemas cardíacos foram detectados em 21 (18,1%), evidenciados por insuficiência cardíaca congestiva (7), angina instável (5), infarto agudo do miocárdio (5) e crise hipertensiva (3). Um idoso foi admitido para troca de marcapasso cardíaco. Quatorze (12,1%) dos idosos apresentaram problemas urológicos, entre eles estão cirurgia de próstata (5), bexiga (5), hiperplasia benigna de próstata (2), neoplasia de bexiga em tratamento clínico por reação a quimioterapia (1) e obstrução de cateter de hemodiálise (1).



*Um idoso apresentou mais de uma doença;

GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO EM PERCENTAGEM DOS PROBLEMAS NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO DOS IDOSOS LONGEVOS, CURITIBA – PR, BRASIL, 2011.

Fonte: A autora (2011).

Referente aos problemas ginecológicos observa-se no Gráfico 2 que, nove (7,6%) idosas foram admitidas, quatro para histerectomia, quatro para mastectomia e uma para tratamento clínico. Os problemas ortopédicos foram encontrados em oito (6,9%) idosos que apresentaram fraturas de colo de fêmur (5), revisão de próteses de quadril (2) e fratura de ombro (1). Os problemas neurológicos, sete (6,0%) foram acidente vascular encefálico transitório (4) e síncope (1), crise convulsiva (1).

Verifica-se no Gráfico 2, que sete idosos (6,0%) com outros diagnósticos entre eles, anemia (3), queimadura de primeiro e segundo graus no rosto e membros superiores (1), politraumatismo leve por atropelamento (1), hipoglicemia (1) e reumatismo (1). Problemas respiratórios estavam presentes em cinco (4,2%) idosos com pneumonia (3), doença obstrutiva pulmonar crônica (2), trombose venosa pulmonar (1).

Concernente aos problemas vasculares (Gráfico 2), cinco (4,2%) idosos apresentaram trombose venosa em membro inferior (3), aneurisma de membro inferior esquerdo (1) e amputação de pé diabético (1). Problemas oftalmológicos,

quatro (3,3%) idosos por inflamação em globo ocular (2) e otorrinológicos com dor e infecção em ouvido interno (2).

O envelhecimento da população vem acompanhado do aumento de doenças crônicas não transmissíveis e, assim, o número de internações hospitalares torna-se cada vez maior. No estudo de Alvarenga; Mendes (2003), de 262 idosos admitidos em um determinado hospital da cidade de Marília (SP), as principais causas mais relatadas na internação foram doenças do aparelho circulatório com 31,7%; afecções mal definidas 15,2%; doenças respiratórias com 13,2%; doenças do aparelho digestivo 9,2%, e as geniturinárias com 5,6%

Verifica-se que os idosos longevos nesse estudo apresentaram, majoritariamente, problemas gastrointestinais, cardíacos e urológicos explicado pelo próprio processo de envelhecimento, relacionado aos hábitos de vida inadequados e/ou a procura tardia por cuidado médico, intensificando assim a lesão e, muitas vezes, levando a necessidade de procedimentos mais agressivos, como cirurgias.

Muitos desses idosos, durante a vida, realizaram trabalhos em lugares insalubres, com condições de trabalhos adversas, ou demoravam muito tempo para procurar ajuda para seus problemas de saúde, poucos seguiam as recomendações médicas e muitos tinham dificuldade com os medicamentos prescritos, conseqüentemente agravos de saúde foram desencadeados e intensificaram-se nesta etapa da vida. Atualmente a tecnologia já trouxe outros conhecimentos sobre determinados alimentos, no entanto, grande parte destes idosos longevos quando jovens pertencia a uma cultura alimentar, que estimulava a ingestão de alimentos com excesso de gordura saturada, porque eram considerados como uma “comida que sustenta” e, portanto “saudável”.

Para a OMS (2005), o aumento de doenças crônicas não transmissíveis está crescendo rapidamente nos países desenvolvidos, mas também já é observado nos países em desenvolvimento. Estima-se que em 2020 o número de doenças crônicas não transmissíveis será de 43% da população. Portanto a implantação de políticas e programas que visem à prevenção destas doenças e acompanhamento da população portadora de qualquer tipo de agravo é imprescindível para melhorar a saúde de todos.

Dados divergentes foram encontrados no estudo desenvolvido por Rabelo *et al.* (2010), cujo objetivo foi descrever o perfil das internações hospitalares de idosos em hospital universitário do norte do Estado de Minas Gerais. Das 11.038

internações do período de setembro de 2006 a dezembro de 2007, 1.218 (11,0%) foram de pacientes de idade igual ou superior a 60 anos. Dentro da faixa etária dos idosos 70 (25,4%), foram idosos com 80 anos ou mais e os problemas de saúde que motivaram a internação 22 (8,0%) com problemas respiratórios, 14 (5,1%) problemas circulatórios e nove (3,3%) foram problemas digestivos.

Evidenciam-se na Tabela 2 os problemas de saúde ou comorbidades relatados pelos idosos longevos no momento da internação. Nesse estudo 39 (33,6%) idosos referiram entre 1 a 3 comorbidades, 43 (37%) de 4 a 6 comorbidades e 32 (27,6%) referiram mais de sete problemas de saúde. Apenas dois (1,7%) idosos longevos não referiram problemas de saúde ou qualquer comorbidade nesta ocasião. A hipertensão arterial aparece em 83 (12,2%) dos idosos longevos, 59 (8,7%) problemas articulares e inflamatórios, 56 (8,3%) problemas de coluna, 51 (7,5%) insônia, e 43 (6,3%) incontinência urinária.

Pode-se observar que entre os problemas de saúde mais relatados entre os idosos longevos deste estudo se destaca a hipertensão arterial (Tabela 2), que está sempre presente entre as principais doenças que acarretam comprometimento da saúde desta população seguida pela artrite ou doenças reumáticas, problemas cardíacos, problemas de coluna, insônia e incontinência urinária.

Apesar de a hipertensão arterial ser a doença mais lembrada e citada como problema de saúde, os idosos referem que o reumatismo, a artrite, problemas de coluna e insônia são agravos que mais exercem influência nas atividades diárias, isto porque afetam diretamente a sua capacidade funcional, muitas vezes interferindo no trabalho e afazeres domésticos (FRANCISCO, 2006).

Estudo de Moraes (2007) com 137 idosos acima de 80 anos residentes em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul mostrou problemas de saúde como reumatismo 59 (43,1%), hipertensão arterial 68 (50,0%), problema de coluna 61 (44,6%) e insônia 50 (36,5%).

Na dissertação de mestrado realizado por Francisco (2006), pesquisa que integra o Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), com 2.143 idosos acima de 80 anos dentro do município de São Paulo, encontrou 2.094 (97,7%) idosos com hipertensão arterial, 1.567 (73,1%) com doenças osteoarticulares, 1.103 (51,5%) com doenças cardíacas, 480 (22,4%) portadores de diabetes *mellitus*, 460 (21,5%) com doenças pulmonares e 218 (10,2%) com neoplasias.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS COMORBIDADES E PROBLEMAS DE SAÚDE REFERIDOS PELOS IDOSOS LONGEVOS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA INTERNAÇÃO, CURITIBA-PR, BRASIL, 2011.

DOENÇAS	n*	%	MEDICAMENTOS	n*	%
Hipertensão Arterial	83	12,2	Anti-hipertensivos	134	30,0
Problemas Articulares e inflamatórios	59	8,7	Analgésicos	44	9,8
Problemas de Coluna	56	8,3	Vasodilatadores	38	8,5
Insônia	51	7,5	Diuréticos	31	6,9
Incontinência Urinária	43	6,3	Antiplaquetários	30	6,7
Cardiopatias	41	6,0	Antiulcerosos	29	6,5
Constipação	41	6,0	Hormônio Tireoidiano	26	5,8
Problemas Digestivos	40	5,9	Hipoglicemiantes	24	5,4
Ansiedade	39	5,8	Hipolipemiantes	24	5,4
Tontura/Vertigem	38	5,6	Antidepressivos	11	2,5
Doenças Vasculares	35	5,2	Anticonvulsivantes	8	1,8
Diabetes Mellitus	33	4,9	Antiinflamatório	5	1,1
Anemia	24	3,5	Broncodilatadores	4	0,9
Câncer	23	3,4	Outros	39	8,7
Osteoporose	23	3,4			
Problemas Respiratórios	18	2,7			
Distúrbios da tireóide	12	1,8			
Depressão	11	1,6			
Incontinência fecal	4	0,6			
Problemas renais	4	0,6			
TOTAL	678	100,0		447	100,0

* O 'n' é maior pela possibilidade de múltiplas respostas.
FONTE: A autora (2011).

No presente estudo, 78,4% dos idosos são originários do meio rural (Tabela 1), o que pode justificar o número elevado de problemas de saúde como problemas de coluna, artrite e reumatismo. Para Moraes (2007), estes idosos ao longo do curso da vida exerceram atividades físicas pesadas como trabalhadores rurais e uma parcela deles ainda exerceu trabalhos desgastantes quando se mudaram para a cidade.

Segundo a OMS (2005), estes agravos de saúde fazem parte do grupo de doenças não transmissíveis que afetam o mundo inteiro, e além das *op cit*, doenças como diabetes, câncer, doenças pulmonares obstrutivas, doenças mentais e

problemas de visão devem fazer parte dos programas de atenção à saúde destinados ao cuidado desta população.

Na medida em que a população vai envelhecendo, as doenças crônicas se transformam nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, porém com um custo maior para os indivíduos, famílias e sociedades dos países em desenvolvimento (OMS, 2005).

Verifica-se na Tabela 2, que 33 (4,7%) idosos longevos referiram ser portadores de diabetes *mellitus*. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Moraes (2007), com 137 idosos longevos, seis (4,4%) deles referiram à doença. Qualquer pessoa com DM apresenta um risco para o desenvolvimento de várias complicações, que somadas ao processo de envelhecimento, poderão afetar suas habilidades para desenvolver suas atividades de vida diária e o comprometimento de sua capacidade funcional (SELEY; WEINGER, 2007).

O DM afeta a capacidade funcional dos idosos por suas consequências, como diminuição da acuidade visual, interferência na mobilidade pela neuropatia diabética, com lesões e amputações parciais ou totais em MMII, desenvolvimento de gastroparesias, problemas vasculares com influências cardíacas e neurológicas, diminuição da função renal podendo levar o idoso a insuficiência renal com a necessidade de hemodiálises contínuas.

Na Tabela 2 visualiza-se que dos 116 idosos longevos, 106 (91,4%) relataram fazer uso de uma ou mais medicações e 10 (8,6%) de nenhuma medicação. Entre os idosos que fazem uso de medicação, 42 (36,5%) utilizam de uma a três medicações, 45 (39,1%) de quatro a seis medicações e 18 (15,7%) fazem uso de sete ou mais medicações. No estudo desenvolvido por Moraes (2007), com 137 idosos de 80 anos ou mais, 78,8% faziam uso de medicação e em outro estudo realizado por Farias (2010) dos 87 idosos mais idosos, 78,16% utilizavam medicação por algum problema de saúde.

Pacientes com idades avançadas tendem a apresentar uma incidência de doenças crônicas que contribuem para a utilização de medicamentos em número elevado. Quanto maior a quantidade de medicamentos utilizados pelo idoso maiores são as chances de iatrogênias e efeitos colaterais (LENARDT; MICHEL; TALLMANN, 2009). A polifarmácia, muitas vezes, é fruto das consultas realizadas pelos longevos aos especialistas da várias áreas, pois o déficit de geriatras na rede pública é suficientemente acentuado. Na pesquisa realizada por Farias (2010), dos

idosos que relataram uso de medicamentos, 3,45% deles relataram queixa de reações adversas.

A polifarmácia é definida quando há prescrição de quatro ou mais medicamentos, ou quando ocorre prescrição, administração e uso de mais medicamentos que o indicado para o paciente. A polifarmácia pode acarretar inúmeras consequências aos idosos, como reações adversas entre medicamentos, interação medicamentosa pelas alterações na farmacocinética e farmacodinâmica decorrente ao envelhecimento com aumento da vulnerabilidade desta faixa etária (CARVALHO; LUPPI; REIS, 2007).

A polifarmácia pode induzir com mais frequência a erros na dosagem e troca de medicamentos. Segundo Blanski; Lenardt (2005), idosos que apresentam alterações cognitivas irão apresentar dificuldades para lembrar-se da dosagem correta, e principalmente se ocorreu ou não ingestão de determinada medicação. Carvalho; Luppi; Reis (2007) acrescentam também, dificuldade para identificar os medicamentos devido à baixa escolaridade ou por problemas visuais, fracionamento errado de algumas drogas, já que elas muitas vezes não estão na dose adequada para idosos, conservação inadequada, medicações com nomes semelhantes e dificuldade de aquisição do remédio pelo alto custo.

Um estudo randomizado e controlado desenvolvido por Markle-Reid *et al* (2006), com 242 idosos acima de 75 anos na cidade de Ontário no Canadá, cujo objetivo foi avaliar os efeitos comparativos e de custo de uma intervenção pro-ativa de promoção de enfermagem encontrou que, aproximadamente 50% dos medicamentos são utilizados de maneira errada e 25 % dos idosos são admitidos nos hospitais com problemas decorrentes do uso inadequado de medicações.

A diminuição da capacidade funcional pode estar relacionada ao uso inadequado de medicamentos ou a condutas erradas no tratamento de doenças com prescrição inapropriada. Porém, são escassos os trabalhos que relacionam o uso de medicação com capacidade funcional em idosos longevos, alguns estudos apontando como relação positiva para o declínio funcional entre eles (PÉRÈS *et al*, 2005; LOPES *et al.*, 2007).

O Quadro 4 mostra os resultados para algumas características clínicas dos idosos longevos admitidos nos hospitais que podem interferir no seu desempenho funcional.

Verifica-se no Quadro 4, que 22 (19,0%) dos idosos apresentam boa visão e 92 (79,3%) apresentam visão prejudicada e não têm óculos e dois (1,7%) não enxergam.

Variáveis		Frequência	%
Visão	Enxerga bem	22	19
	Enxerga com dificuldade	92	79,3
	Não enxerga	2	1,7
	Total	116	100
Audição	Escuta bem	56	48,3
	Escuta com dificuldade	60	51,7
	Total	116	100
Condições dos dentes	Apresenta todos	3	2,6
	Falta de dentes	113	97,4
	Total	116	100
Deambulação	Anda bem	57	49,1
	Anda com dificuldade	54	46,6
	Não anda	5	4,3
	Total	116	100
Queda no Último Ano	Sim	55	49,5
	Não	56	50,5
	Total	111*	100

*Cinco idosos não responderam

QUADRO 4 – VARIÁVEIS SOBRE A VISÃO, AUDIÇÃO, DEAMBULAÇÃO, CONDIÇÕES DENTÁRIAS E QUEDAS, CURITIBA- PR, 2011.

FONTE: A autora (2011).

Idosos com perda da acuidade visual enfrentam várias dificuldades para desempenhar atividades essenciais de autocuidado como vestir roupa, calçar sapato, locomover-se dentro de casa, tomar banho, usar o banheiro, fazer comida e a própria alimentação torna-se difícil. Idosos com dificuldade auditiva apresentam problemas para sair de casa, e evitam manter conversas com pessoas próximas e familiares.

A OMS (2005) relaciona a visão e audição como deficiências que devem ser incluídas dentro de programas e políticas de governo. Existem no mundo 180 milhões de pessoas com dificuldade auditiva e 45 milhões de pessoas cegas. Dentro dos problemas de acuidade visual, a cegueira aumenta drasticamente com a idade, causada pela catarata, degeneração macular, retinopatia diabética e glaucoma (OMS, 2005, p.36). Os diagnósticos são realizados, no entanto os programas de

governo para suprir a demanda de tecnologias assistivas para os longevos ainda são insuficientes.

Quanto à audição (Quadro 4), 56 (48,3%) dos idosos longevos referiram ouvir bem e 60 (51,7%) referiram que a audição está prejudicada com 37 (31,9%) dos idosos relatando que ouvem pouco e não têm aparelho de audição. Os dados do estudo de Cruz (2009) são semelhantes para a audição, 68 (58,1%) e 56 (36,4%) para as cidades de Caxias do Sul e Ribeirão Preto, respectivamente

A OMS (2005) também alerta para o número de pessoas idosas com deficiência auditiva, estimado em 50% das pessoas com mais de 65 anos que apresentam algum grau de perda auditiva. As deficiências auditivas e visuais são fatores limitantes para os idosos, podem causar dificuldades de comunicação, ocasionando frustração, baixa estima e isolamento social.

No Quadro 4, verifica-se que 113 (97,4%) dos idosos apresentam edentulismo, destes 97 (83,6%) apresentam prótese dentária. Em épocas passadas a melhor cultura de cuidados dentários era a extração dos dentes que apresentavam problemas e muitas vezes daqueles que tinham condições, assim não teriam mais incômodos com seus dentes e menos gastos com idas ao dentista, visto que para a época o custo e a distância até um dentista eram grandes. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Moraes (2007) 70,8% com falta de dentes, sendo que 29,2% deles não utilizavam nenhum tipo de prótese.

Segundo Pucca Junior (2008), as condições de vida e saúde a que os idosos eram expostos no passado, como baixa renda, alimentação deficiente e baixa escolaridade deixavam-nos suscetíveis a agravos que culminavam na extração dentária e colação de mais próteses. Atualmente, com as melhores condições de saúde e os programas desenvolvidos pelo governo estas condições têm sido modificados e os idosos estão procurando mais pela preservação de seus dentes.

Segundo Moraes *et al.* (2008) o edentulismo traz como consequências a perda mastigatória de 47,8% dos idosos. Assim, estes idosos tendem a dispensar alimentos que exijam mais exercício de mastigação, havendo o comprometimento de ingestão de proteínas e outros nutrientes essenciais nesta faixa etária. A falta de nutrientes essenciais proporciona menos energia, com interferência na capacidade funcional do idoso.

Visualizam-se no Quadro 4 características de deambulação dos idosos longevos: 57 (49,15) declaram andar sem dificuldades e 54 (49,6%) declararam

andar com dificuldade e destes 17 (14,7%) necessitam de tecnologias assistivas como bengalas, muletas ou andador. O número elevado de idosos com dificuldade para deambulação aponta para a maior necessidade de orientação, preparo e acessibilidade das unidades que recebem esta população para tratamento médico. O desenvolvimento de estratégias que facilitem as atividades cotidianas promoverá a sua independência e autonomia durante o processo de internação. No estudo de Moraes (2007), de 137 idosos velhos, 38 (27,7%) usavam bengalas como acessório para a deambulação, e mesma quantidade de idosos declarou que utilizam as paredes e móveis como apoio para deambular.

Segundo Reichel (2001), a instabilidade para deambulação é uma das queixas mais comuns entre os idosos, que pode ser solucionada com ajuda de dispositivos que aumentem a segurança do idoso no ato da caminhada. O uso de sapatos adequados, bengalas, andadores devem ser estimulados para que a mobilidade de deslocamento entre os ambientes permaneça evitando o declínio funcional.

Referente a quedas, 55 (49,5%) idosos afirmaram que tiveram queda no último ano (Quadro 4). As quedas nessa população indicam sua vulnerabilidade principalmente para acidentes domésticos. No presente estudo, muitos idosos longevos referiram dificuldades visuais e auditivas, apresentavam alterações de marcha e perda de equilíbrio e faziam uso de medicações que desencadeiam hipotensão ortostática, fatores que contribuem para a queda ou para o medo de cair. Corroboram a esses dados os obtidos nas pesquisas de Farias (2010), Siqueira *et al* (2007), Moraes (2007) e Biazin (2006) que encontraram 43,6%, 34,8%, 24,3% e 62,0%, respectivamente de idosos que referiram queda. Segundo Moraes (2007), quando se compara a idade dos idosos que referiram queda, os que apresentam 80 anos ou mais são em maior número que os demais idosos.

Fatores como: a pouca luminosidade dos ambientes, barreiras no trajeto como tapetes, calçadas irregulares, entre outros, podem colaborar para a ocorrência de quedas pelos idosos. A maioria das quedas acontece dentro de casa e em 10% delas a escada é a grande vilã (BRASIL, 2006b).

Em revisão sistemática de estudos observacionais sobre quedas em idosos no período de 1980 a 2006, Gama; Conesa; e Ferreira (2008) encontraram 13 estudos relevantes, dos quais emergiram os seguintes dados: as quedas são mais frequentes nas mulheres e em idosos de idade avançada, entre os maiores fatores

de risco estão o uso de medicamentos, diminuição da força física (perda do equilíbrio durante a marcha), diabetes, incontinência urinária, hipotensão ortostática, sequelas do acidente vascular encefálico, dificuldades visuais e déficit cognitivo.

As mulheres apresentam maior probabilidade para quedas, em virtude da perda de massa muscular e massa óssea advinda do próprio processo de envelhecimento contribuindo para o declínio da sua capacidade funcional (FABRICIO; RODRIGUES; COSTA Jr, 2008). Também estão mais expostas a quedas pelas atividades domésticas desempenhadas no seu dia a dia. As quedas são responsáveis por lesões e fraturas que nos idosos exercem influência direta no seu desempenho funcional. A necessidade de internação por longos períodos pode desencadear outros problemas como necessidade de imobilidade, com aumento de prejuízos para saúde do idoso (BUKSMAN; VILELA, 2004).

As quedas representam para os idosos um sério problema de saúde pública, pois resultam no aumento de índices de morbi-mortalidade, redução de capacidade funcional, necessidade de internação em alguns casos com tempo prolongado, períodos de reabilitação e em certos casos com necessidade de institucionalização (BRASIL, 2006b).

No Quadro 5, observa-se que 63 (57,3%) idosos longevos nunca fizeram ao longo da vida algum exame preventivo para o câncer. Para os homens domina o preconceito e nas mulheres falta informação e a influência de constrangimento para ir ao consultório e ser examinada. Estes são fatores que contribuíram para pouca adesão aos programas de prevenção ao câncer. A falta de acesso dos idosos às unidades de saúde é outro fator que impedem a realização de exames preventivos e consequente diagnóstico precoce de patologias.

Estudo organizado por Chaimowicz e Coelho (2004) com uma amostra aleatória de 179 idosos com 60 anos ou mais mostrou 85% dos homens não haviam feito o exame de próstata e 44% nunca haviam feito dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA). Entre as mulheres 45% não haviam realizado exame clínico de mamas, 51% nunca haviam feito mamografia e 32% nunca tinham feito o esfregaço de Papanicolaou.

No que se referente à variável bebida alcoólica, verifica-se no Quadro 5, que 82 (70,7%) dos idosos longevos nunca ingeriram bebida alcoólica, 33 (28,4%) declararam a ingestão de bebida somente no passado. As informações referentes aos vícios podem ser negligenciadas pelo informante. Nem sempre ele informa o

consumo, por mais empenho que esteja o pesquisador para desenvolver estratégias para conseguir, efetivamente, a verdadeira resposta. As alegações dos longevos encontram semelhanças no estudo de Alvarenga (2008) realizado com 503 idosos acima de 60 anos, e deste total 79 (15,7%) com mais de 80 anos na cidade de Dourados/MS, e que 429 (85,3%) deles que não fazem uso de bebida alcoólica.

Dados divergentes foram encontrados na investigação de Farias (2010), na qual 29,89% referiram consumir bebida alcoólica, sendo que os homens (92,31%) são os maiores consumidores.

Variáveis		Frequência	%
Preventivo pro câncer	Sim	47	42,7
	Não	63	57,3
	Total	110	100
Álcool	Nunca usou	82	70,7
	Usou no passado	33	28,4
	Usa continuamente	1	0,9
	Total	116	100
Fumo	Não fumante	69	59,5
	Ex-fumante	42	36,2
	Fumante	5	4,3
	Total	116	100
Atividade física	Pratica	26	22,4
	Praticou no passado	27	23,3
	Nunca praticou	63	54,3
	Total	116	100

QUADRO 5- HÁBITOS DE VIDA REFERENTES AO CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA, FUMO, ATIVIDADE FÍSICA ENTRE OS IDOSOS LONGEVOS, CURITIBA-PR, BRASIL, 2011.

FONTE: A autora (2011).

Concernente ao uso de cigarro ou derivados de fumo, 69 (59,5%) de idosos declararam que nunca fizeram uso, 42 (36,2%) deixaram de fumar e 5 (4,3%) ainda permanecem fazendo uso de cigarro. O trabalho desenvolvido por Alvarenga (2008) encontrou que 466 (92,6%) dos idosos declararam que nunca fizeram uso de fumo (segundo declaração dos mesmos). Estes dados são divergentes do presente estudo.

Visualiza-se no Quadro 5, que 63 (57,3%) dos idosos longevos declararam nunca ter praticado atividade física. A proporção de idosos que ainda fazem e que já fizeram atividade física e hoje não praticam mais é de 26 (22,4%) e de 27 (23,3%) respectivamente. Nesse estudo, muitos idosos (73,5%) eram agricultores e relataram que no passado o deslocamento tanto no campo como na cidade, na maioria das vezes, era feito a pé, portanto faziam caminhadas todos os dias. A maioria (45,1%) dos idosos refere que não realizam propriamente alguma atividade física, embora costumem realizar cuidados com a horta ou pratica jardinagem, outros (23,5%) gostam de realizar os afazeres domésticos, portanto permanecem realizando atividades físicas.

Entre os idosos que informaram que praticavam atividade física, a caminhada 25, (73,5%) foi a mais citada. Outras atividades também foram citadas como ginástica, futebol, alongamento, andar de bicicleta, judô, dança e musculação. No estudo de Farias (2010), 25,29% dos idosos acima de 80 anos praticavam atividade física.

Conforme exposto no Gráfico 3, assistir televisão (n=90;77,6%), ir à missa ou culto (n=26; 22,4%) e visitar os parentes (n=25; 21,6 %) foram as atividades de lazer mais realizadas pelos idosos para preencher momentos livres. Foram mais citadas como outras atividades: cuidar do jardim ou da horta, jogar cartas, cuidar de animais de estimação, construir gaiolas e ouvir rádio.

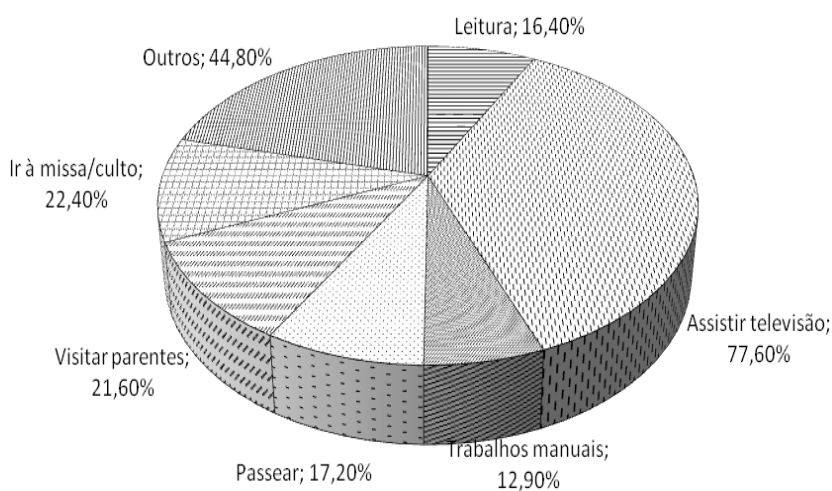


GRÁFICO 3- ATIVIDADES DE LAZER REALIZADAS PELOS IDOSOS LONGEVOS, CURITIBA- PR, BRASIL, 2011.

FONTE: A autora (2011).

A OMS (2005) recomenda e incentiva a prática de atividades físicas, como também atividades relacionadas à saúde mental. Desenvolver atividades que estimulam a concentração e o raciocínio diminui a incidência de demências. Participação de idosos em atividades de grupo promove maior interação e convívio social. Isto tudo contribui para melhora do bem-estar, diminui a aparecimento de doenças crônicas e retarda o declínio funcional.

4.3 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL SEGUNDO A MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

Apresenta-se na Tabela 3 a variação obtida da pontuação dos itens da MIF e corresponde à variação possível de pontuação. A pontuação da MIF total variou de 48 a 126, com a média de 105,9% ($\pm 17,9$) o que representa independência funcional. Entre os domínios, para a MIF motora a variação observada foi de 30 a 91, com média 77,3% ($\pm 14,5$) e para a MIF cognitiva/social os valores variaram de 18 a 35, com média de 28,6% e ($\pm 4,9$).

TABELA 3. VALORES E VARIÁVEIS DA MIF TOTAL E SEUS DOMÍNIOS NOS IDOSOS LONGEVOS ADMITIDOS NAS UNIDADES HOSPITALARES, CURITIBA-PR, BRASIL, 2011

MIF	Variação possível	Variação observada	Mínimo	Máximo	Média (d.p.)
MIF MOTORA	13-91	30-91	30	91	77,3%($\pm 14,5$)
MIF COGNITIVA	5-35	18-35	18	35	28,6%($\pm 4,9$)
MIF TOTAL	18-126	48-126	48	126	105,9%($\pm 17,9$)

FONTE: A autora (2011).

Os idosos longevos no momento da admissão hospitalar apresentaram na variação observada da funcionalidade, valores dentro da variação possível, ou seja, demonstraram independência para a realização das atividades de vida diária e apenas uma pequena parcela apresentou dependência moderada ou máxima.

No estudo desenvolvido por Kawasaki e Diogo (2007), cujo objetivo foi identificar alterações da independência funcional de idosos internados em unidades de clínica médica no momento de admissão, da alta hospitalar e um mês após regresso ao domicílio, encontrou no momento da internação os seguintes valores para MIF total (109,2), MIF motora (76,8) e MIF cognitiva (32,4) sendo que estes valores foram semelhantes ao do presente estudo.

Visualiza-se na Tabela 4, as variações observadas para as dimensões da MIF nos idosos longevos e que foram equivalentes às variações possíveis. Na dimensão do autocuidado, que contempla as atividades diárias básicas como alimentação, higiene pessoal, banho, vestir a roupa e controle de esfínteres, os escores ficaram entre 15 e 42, média de 36,9 ($\pm 6,8$). Para a dimensão Controle de Esfínteres, ou seja, manter controle sobre urina e evacuação os escores foram entre 4 e 14, média 11,9 ($\pm 2,4$). A dimensão Transferências que contempla a mobilidade, os escores foram entre 3 e 21, média de 17,9($\pm 3,9$). A dimensão Locomoção relacionada com caminhar e subir escadas os escores ficaram entre 2 e 14, média de 10,7($\pm 2,9$).

TABELA 4 - VALORES E VARIAÇÃO DAS DIMENSÕES DA MIF DOS IDOSOS LONGEVOS NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO, CURITIBA-PR, BRASIL, 2011.

MIF	Variação Possível	Variação Observada	Média (DP)
Autocuidado	6-42	15-42	36,9 ($\pm 6,8$)
Controle de Esfínteres	2-14	4-14	11,9 ($\pm 2,4$)
Transferências	3-21	3-21	17,9 ($\pm 3,8$)
Locomoção	2-14	2-14	10,7 ($\pm 2,9$)
Comunicação	2-14	7-14	12,0 ($\pm 2,0$)
Cognição social	3-21	9-21	16,6 ($\pm 3,3$)
MIF TOTAL	18-126	40-126	105,9($\pm 17,9$)

FONTE: A autora (2011).

Na presente investigação, não se considerando o problema que motivou a internação hospitalar, os idosos longevos mostraram-se independentes para realização das atividades cotidianas, ou seja, apresentavam boa desenvoltura nas atividades de vida diária.

Apresenta-se na Tabela 4, a dimensão Comunicação, que avalia a forma de expressão e compreensão com os escores entre 7 e 14, com média de 12,0 ($\pm 2,0$) e a dimensão cognição social que contempla interação social, resolução de problemas e memória, os escores de 9 e 21 com média de 16,6 ($\pm 3,3$). Os idosos apresentaram bom desempenho cognitivo no momento da internação hospitalar, apesar de 110 (94,8%) apresentarem baixo nível de escolaridade.

O estudo de Pedrazzi (2008), cujo objetivo foi descrever o arranjo domiciliar e a rede social dos *idosos mais velhos* da cidade de Ribeirão Preto encontrou uma proporção de idosos com independência completa/modificada e uma parcela de idosos com dependência mínima com valores semelhantes aos encontrados no presente trabalho nas dimensões de transferências, locomoção e valores divergentes nas demais dimensões.

Em outro estudo desenvolvido por Moraes (2007), dos idosos mais velhos da zona rural da cidade de Encruzilhada do Sul (RS), 54,8% deles apresentaram independência para as atividades de vida diária e 25,5% apresentaram dificuldades entre 1 a 3 atividades de vida diária. Nogueira (2008) observou que 71% dos idosos longevos do município de São Geraldo (MG) apresentavam capacidade funcional boa ou muito boa.

Mostra-se na Tabela 5 os resultados encontrados para as diferentes categorias dentro das dimensões da MIF. Na categoria do autocuidado, há maior concentração de idosos longevos classificados como independente completo / modificado, ou seja, são idosos longevos que realizaram as atividades com desempenho seguro ou em algumas tarefas requerem um tempo maior para desempenhá-las.

Uma parcela significativa apresenta dependência mínima ou necessidade de supervisão, demonstrado pelos 26 (22,6%) idosos longevos com necessidade de ajuda para tarefa “vestir-se abaixo da cintura”, 22 (19%) vestir-se acima da cintura, 20 (17,2%) uso do vaso sanitário, 18 (15,5%) para alimentação, 14 (12,1%) para o banho e 10 (8,7%) na higiene pessoal. Para estas atividades, o auxílio de terceiros foi necessário o que caracteriza idosos com necessidade de supervisão ou dependência mínima.

Os 33 idosos com dependência moderada ou máxima apresentavam maior necessidade de ajuda para realizar atividades como, 14 (12,1%) para vestir a roupa, 6 (5,2%) para o uso do vaso sanitário e banho, respectivamente. Já quatro idosos,

sendo um (0,9%) com dependência completa para o banho e três (2,6%) idosos para uso do vaso sanitário, necessitam de suporte de terceiros para realização destas tarefas (Tabela 5).

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DOS IDOSOS LONGEVOS POR DIMENSÕES E CATEGORIAS DA MIF MOTORA E COGNITIVA, CURITIBA-PR, BRASIL, 2011.

MIF N=116	Independência Completa/ Modificada n (%)	Supervisão Dependência Mínima n (%)	Dependência Moderada e máxima n(%)	Dependência Completa n (%)
Autocuidado				
Alimentação	94 (81,0)	18 (15,5)	4 (3,4)	0 (0,0)
Higiene Pessoal	103 (88,7)	10 (8,7)	3 (2,6)	0 (0,0)
Banho	95 (81,9)	14 (12,1)	6 (5,2)	1 (0,9)
Vestir-se acima da cintura	86 (74,1)	22 (19,0)	8 (6,9)	0 (0,0)
Vestir-se abaixo da cintura	84 (72,4)	26 (22,4)	6 (5,2)	0 (0,0)
Uso do vaso sanitário	87 (75,0)	20 (17,2)	6 (5,2)	3 (2,6)
Controle dos esfíncteres				
Controle da urina	75 (64,7)	31 (26,7)	9 (7,8)	1 (0,9)
Controle das fezes	93 (80,2)	19 (16,4)	4 (3,4)	0 (0,0)
Transferências				
Transferência leito, cadeira e cadeira de rodas	84 (72,4)	27 (23,3)	4 (3,4)	1 (0,9)
Transferência vaso sanitário	83 (71,6)	23 (19,8)	7 (6,0)	3 (2,6)
Transferência banheira/chuveiro	94 (81,0)	14 (12,1)	6 (5,2)	2 (1,7)
Locomoção				
Marcha/cadeira de rodas	75 (64,7)	31 (26,7)	9 (7,8)	1 (0,9)
Escadas	55 (47,4)	40 (34,5)	14 (12,1)	7 (6,0)
Comunicação				
Compreensão verbal e visual	84 (72,4)	32 (27,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Expressão verbal / não verbal	84 (72,4)	31 (26,7)	1 (0,9)	0 (0,0)
Cognição social				
Interação social	76 (65,5)	35 (30,2)	5 (4,3)	0 (0,0)
Resolução de problemas	63 (54,3)	42 (36,2)	9 (7,8)	2 (1,7)
Memória	60 (51,7)	49 (42,2)	7 (6,0)	0 (0,0)

FONTE: A autora (2011).

As tarefas relacionadas às atividades de vida diária, em que se necessitava maior destreza com as mãos, como desabotoar camisa retirar sapatos entre outras, a dificuldade já era mais expressiva, e os longevos precisavam de auxílio de uma terceira pessoa em alguns momentos.

Nas tarefas de controle esfincteriano (Tabela 5), os idosos apresentam independência funcional com 75 (64,7%) para o controle urinário e 93 (80,2%) para o controle das fezes. Os idosos longevos com necessidade de supervisão ou dependência mínima e dependência moderada ou máxima foram 31(15,5%) e 9 (7,8%) respectivamente, para o controle urinário. E um idoso (0,9%) apresentou dependência completa para esta tarefa. Para o controle das fezes, 19 (16,4%) idosos apresentaram necessidade de supervisão ou dependência mínima e 4 (3,4%), dependência moderada ou máxima.

Na tarefa controle de esfíncteres, percebe-se neste estudo que os idosos apresentam maior dificuldade principalmente para o controle urinário e alguns já estão com dependência moderada/ máxima para esta atividade. Esta dependência pode estar relacionada à dificuldade de deslocamento, causada por vezes pelo uso de medicamentos como diuréticos e/ou anti-hipertensivos e a acuidade visual diminuída. Para alguns a dificuldade em controlar a urina provocam perdas involuntárias, gerando situações desagradáveis e por este motivo se afastam do convívio dos amigos e familiares.

Nas atividades em que a mobilidade é avaliada através das transferências necessárias para determinadas tarefas, os idosos apresentaram independência funcional em todos os três tipos de transferências propostos pela MIF, 84 (72,4%) idosos são independentes para transferências de leito/cadeira/cadeira de rodas; 83 (71,6%) para o vaso sanitário, e 94 (81%) para o chuveiro/banheira. Nesta dimensão, seis idosos apresentaram dependência completa para realização das transferências: um (0,9%) idoso para transferência cama/cadeira/cadeira de rodas, três (2,6%) para transferências para o vaso sanitário e dois (1,7%) para o chuveiro/banheira (Tabela 5).

Exibe-se na Tabela 5 que nas tarefas de locomoção, o número de idosos longevos que manifestaram independência completa ou modificada foi 75 (64,7%) para marcha/cadeira de rodas e 55 (47,4%) para subir ou descer escadas. Sete (6%) apresentaram dependência completa para subir ou descer escada e uma (0,9%) para caminhar ou usar a cadeira de rodas.

No estudo de Nunes *et al.* (2010), com 388 idosos de 60 anos ou mais avaliados por equipe de profissionais da equipe da Saúde da Família na cidade de Goiânia/ GO mostrou que os idosos apresentaram dificuldade em subir e descer escadas, quando avaliados pela escala de AVD e AIVD.

Na realização das atividades de transferências e locomoção, a maioria apresenta independência completa ou moderada para a realização destas atividades, porém uma parcela de idosos já necessita de ajuda para algumas destas atividades. E uma minoria apresenta dependência moderada/máxima e dependência completa para a realização destas tarefas.

A dificuldade para transferências cama/ cadeira/cadeira de rodas, transferência para vaso sanitário, transferência para chuveiro/banheira e locomoção por marcha ou cadeira de rodas e subir ou descer escadas podem ser motivadas pelo agravamento de algumas doenças crônicas como sequelas de AVE, artrites e artroses, complicações do DM, doenças pulmonares, entre outras que deixam o idoso debilitado para realização destas tarefas.

Outros fatores como medo de quedas e instabilidade postural, cansaço nas caminhadas, diminuição de força em MMSS e MMII são causas que dificultam a realização dos cuidados com a casa, de participar de reuniões na igreja, de frequentar alguma atividade social. O incômodo que causa ao pedir ajuda, faz com que o idoso deixa de realizar certas atividades e se isole propiciando, muitas vezes um quadro depressivo.

Estes fatores todos podem estar interligados à sarcopenia ou a perda da massa muscular, fenômeno muito presente no envelhecimento, e tem como consequência as alterações da mobilidade, e do equilíbrio levando a ocorrência de quedas e fraturas. É um dos maiores desafios na gerontogeriatría, pois ela apresenta-se como um círculo vicioso: sarcopenia leva a fraturas que gera imobilização, seguida de desnutrição com piora da síntese protéica e piora novamente da sarcopenia (DOHERTY, 2003; MARCELL, 2003).

No domínio de comunicação e interação social, visualiza-se na Tabela 6, dentro da dimensão cognitiva, que 84 (72,4%) apresentaram independência completa ou modificada para ambas as tarefas de comunicação e expressão. Não foi encontrado nenhum idoso com dependência completa para essas tarefas. Mesmo os idosos apresentando baixa escolaridade demonstraram facilidade para a comunicação. Apenas uma pequena parcela deles apresentou maior dificuldade

para responder as perguntas, o que pode ser explicado pela perda da acuidade auditiva, outros mostraram-se tímidos nas respostas e com certa dificuldade para compreender as perguntas.

Nas tarefas relacionadas com a interação social, 76 (65,5%) dos idosos longevos apresentaram independência completa ou modificada; 35 (30,2%) e 5 (4,3%) idosos apresentaram necessidade de supervisão ou dependência mínima e dependência moderada ou máxima, respectivamente (Tabela 6). Os idosos que mostraram independência, a maioria deles conhecia todos os outros pacientes que estavam no mesmo quarto, conversavam com entusiasmo sobre diversos assuntos e apenas uma minoria apresentou maior dificuldade de entrosamento. Estes últimos relataram que em casa também preferem o isolamento e somente alguns disseram que quando chamados para participar da conversa, interagem com os demais.

Estes dados foram semelhantes ao estudo de Cruz (2009), cujos idosos das cidades Caxias do Sul e Ribeirão Preto apresentaram independência para as atividades de comunicação e interação social.

Para a tarefa de resolução de problemas, mostra-se na Tabela 5, que 63 (54,3%) apresentaram independência completa ou modificada. Já 42 (36,2%) apresentaram necessidade de supervisão ou dependência mínima para esta tarefa e apenas 2 (1,7%) idosos são completamente dependentes para realização desta tarefa. A maioria dos idosos resolve seus problemas, conseguem dar diretrizes para as pessoas que realizam as atividades que eles não conseguem realizar. Porém, uma parcela já apresenta perda desta função, delegando muitas das atividades instrumentais de vida diária para terceiros, em função da dificuldade de deambulação, diminuição da visão, dificuldade em pegar ônibus.

Quanto à atividade de memória, 60 (51,7%) dos idosos longevos apresentaram independência completa ou modificada e 42 (42,2%) mostraram necessidade de supervisão ou dependência mínima para ativação da memória. Muitos idosos apresentam independência, ou seja, conseguem se lembrar dos remédios a serem tomados, das contas a serem pagas entre outras atividades. Porém, uma parcela de idosos já apresenta dificuldade para memorizar horário de medicamentos, e este fator pode ser um problema para aqueles que vivem sozinhos, pois o risco de iatrogênias aumenta.

Já o estudo realizado por Pedrazzi (2008), também com idosos mais velhos da comunidade de Ribeirão Preto, encontrou idosos com independência para as

atividades de comunicação e expressão com ótima interação social e boa memória, porém com necessidade de supervisão/ orientação para resolução de problemas.

4.4 RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS E O PERFIL CLÍNICO COM A MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

Visualiza-se na Tabela 6, que os idosos entre 80 a 84 anos ou mais foram os que apresentaram melhor independência funcional. Estes idosos mostram valores para a MIF motora em média 77,8 ($\pm 14,9$), enquanto para os idosos de 85 anos ou mais a média foi de 75,3 ($\pm 13,1$). Para a MIF cognitiva, os valores médios encontrados para os idosos de 80 a 84 anos foram de 28,8 ($\pm 4,7$) e para os idosos de 85 anos ou mais, de 27,7 ($\pm 5,3$). Os valores médios para MIF total dos idosos entre 80 a 84 anos foram 106,0 ($\pm 18,3$) e com 85 anos ou mais a média foi de 103,0 ($\pm 16,6$).

Não foi encontrada significância estatística entre faixa etária e a Medida de Independência Funcional. Porém, os idosos deste estudo estavam na faixa etária de 80 a 84 anos (92 idosos) e acima de 85 anos (24 idosos) o que impede de afirmar que a idade não apresente interferência nos valores da MIF. Quando realizamos a diferença dos valores, por exemplo da MIF total encontramos a perda funcional em 3,0 ($\pm 1,7$) dentro desta faixa etária.

Segundo Verbrugge e Jette (1994), a incapacidade funcional dobra a cada década de vida entre os idosos longevos e com aumento da dependência moderada e grave nesta faixa etária.

O estudo realizado por Scattolin; Diogo; Colombo (2007), avaliaram 146 idosos entre 60 a 87 anos, e teve como objetivo foi identificar as variáveis preditoras da independência funcional em idosos portadores de insuficiência cardíaca. Os autores encontraram declínio a partir dos 70 anos e ter 80 anos ou mais determinou perda de -6,6 ($\pm 3,2$) nos valores da MIF, com piora da capacidade funcional.

Aponta-se no estudo de Amaral (2010) o declínio funcional dos idosos à medida que avançam na idade. Encontrou significância estatística com valores de $p < 0,003$ para a MIF total e MIF cognitiva e $p < 0,006$ para a MIF motora. Corroborar com estes dados o estudo de Covinsky *et al.* (2003), com 2293 idosos acima de 70

anos, cujos 982 (43%) referiram perda de pelo menos uma AVD nas duas semanas que antecederam a internação, ou no momento da admissão hospitalar, e os idosos com idade mais avançada apresentaram maiores chances de continuar com este declínio ou de adquirir mais um déficit durante a hospitalização.

Segundo Rosa *et al.* (2003), a idade é um dos fatores determinantes para a capacidade funcional entre os idosos. Dentro da faixa etária de 65 a 69 anos, as chances são de aproximadamente 1,9 vezes, aumentando gradativamente em até 36 vezes para os idosos com 80 anos ou mais.

Verifica-se na Tabela 6 que, em relação ao gênero, os idosos apresentaram em média de 79,4 ($\pm 14,8$) para a MIF motora, 28,9 ($\pm 5,1$) para a MIF cognitiva e 108,4 ($\pm 17,9$) na MIF total. Neste estudo, ambos os gêneros foram considerados independentes para a realização das atividades de vida diárias, porém o gênero masculino apresentou melhores pontuações para a MIF total e nos domínios motores e cognitivos. Não foi encontrada significância estatística nesta variável.

Kawasaki (2004) avaliou a independência funcional em idosos hospitalizados por fratura e encontrou comprometimento funcional motor maior no gênero masculino quando comparado com as idosas hospitalizadas. No entanto, as mulheres apresentaram prejuízo no domínio cognitivo. Rosa *et al.* (2003), afirmam que o risco para dependência funcional é duas vezes maior para as mulheres quando comparada aos homens. Esta associação entre idade e gênero feminino pode ser explicada pela maior longevidade das mulheres quando comparada aos homens e conseqüentemente pelo maior risco para o desenvolvimento de limitações funcionais.

TABELA 6 – AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O RESULTADO DA MIF E CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS LONGEVOS ADMITIDOS NOS HOSPITAIS. CURITIBA-PR, BRASIL, 2011.

		MIF MOTORA			MIF COGNITIVA			MIF TOTAL		
Variável	n	Média (dp)	Variação observada	p. valor	Média (dp)	Variação observada	p. valor	Média (dp)	Variação observada	p. valor
IDADE										
80 a 84	92	77,8 (±14,9)	30-91		28,8 (±4,7)	18-35		106,0 (±18,3)	48-126	
≥ 85	24	75,3 (±13,1)	44-91	0,166	27,7 (±5,3)	19-34	0,362	103,0 (±16,6)	63-125	0,166
GÊNERO										
Feminino	65	75,7 (±14,8)	30-91		28,4 (±4,7)	18-35		104,0 (±17,9)	48-126	
Masculino	51	79,4 (±14,0)	32-91	0,071	28,9 (±5,1)	18-35	0,458	108,4 (±17,9)	52-125	0,087
ESCOLARIDADE										
Analfabeto	49	74,3 (±14,7)	35-91		26,6 (±5,0)	18-34		100,9 (±17,9)	57-125	
1º grau incompleto ou mais	67	79,6 (±14,0)	30-91	0,019	30,1 (±4,2)	18-35	<0,001	109,6 (±17,1)	48-126	0,002
RENDA										
Até 2 SM	107	76,9 (±14,8)	30-91		28,5 (±4,9)	18-35		105,4 (±18,2)	48-126	
□ de 2 SM	9	81,9 (±9,3)	66-91	0,392	30,0 (±3,9)	25-35	0,464	111,9 (±12,8)	91-125	0,317
ESTADO CÍVIL										
Solteiro/ Divorciado	9	73,8 (±13,6)	46-91		28,6 (±5,4)	19-35		102,3 (±15,7)	75-126	
Casado	34	77,7 (±15,4)	32-91		29,5 (±4,8)	19-35		107,2 (±18,9)	52-126	
Viúvo	73	77,6 (±14,3)	30-91	0,503	29,0 (±4,8)	18-35	0,396	105,8 (±17,9)	48-126	0,582
RELIGIÃO										
Católica	75	77,9 (±14,5)	30-91		28,8 (±5,1)	18-35		106,7 (±18,3)	48-126	
Evangélica	38	75,6 (±14,9)	35-91	0,378	28,2 (±4,5)	18-35	0,375	103,9 (±17,9)	57-125	0,322

Dp=desvio padrão; SM= Salário Mínimo.

FONTE= A autora (2011).

Quanto à escolaridade, observa-se na Tabela 6 que os idosos com melhores níveis de instrução apresentaram melhores resultados da MIF motora, MIF cognitiva e MIF total quando comparados aos idosos sem escolaridade. Todos os idosos longevos neste estudo foram considerados independentes funcionalmente, porém houve significância estatística na MIF motora ($p=0,019$), MIF cognitiva ($p<0,001$) e na MIF total ($p=0,002$). Apesar de baixa escolaridade os idosos alegam hábitos saudáveis, o que lhes permitiu a manutenção satisfatória da capacidade funcional e vida longa. A escolaridade contribui para uma série de fatores de proteção para a vida, entre eles a melhoria das condições de saúde.

Os dados foram semelhantes aos encontrados por, Pedrazzi (2008) nos quais, entre os 147 idosos acima de 80 anos, 36 (24,5%) eram analfabetos e 85

(57,8%) estudaram entre a 1 e 4 série. Moraes (2007) observou que 58,8% dos idosos mais velhos da zona rural apresentavam baixa escolaridade.

Alguns autores apontam a escolaridade como um protetor de saúde. No estudo internacional de Sulander *et al.* (2006), observaram que os idosos acima de 80 anos e com mais de nove anos de escolaridade apresentaram menor declínio funcional quando comparados com aqueles de baixa escolaridade

Verifica-se na Tabela 6 que os idosos com renda melhor apresentam funcionalidade superior. Dos 107 idosos que recebem até dois salários mínimos também se mostraram com boa capacidade funcional, e foi detectado a influência desta variável nos valores da MIF motora, MIF cognitiva e MIF total, sem significância estatística.

O primeiro inquérito populacional realizado na cidade de São Paulo, denominado “Projeto Epidoso” coordenado por Ramos (2003) encontrou um número de idosos dependentes nas atividades cotidianas significativamente altas entre aqueles com baixa renda. No entanto, Rosa *et al.* (2003), não encontraram associação entre renda e capacidade funcional, mas esta condição não deve ser desprezada. A renda percebida é o que determina as condições para um indivíduo manter uma boa alimentação, boas condições de moradia, compra de remédios quando necessário, entre outros fatores que determinam uma boa funcionalidade.

Para muitos pesquisadores há um consenso sobre a influência de fatores como idade avançada, gênero feminino, baixa escolaridade e renda deficiente na capacidade funcional dos idosos como mostra Ramos *et al.* (1993), Strauss *et al.* (2003), Rosa *et al.* (2003), Murtagh e Hubert (2004), Sulander *et al.* (2006), Moraes (2007), Fielder e Peres (2008) e Nunes *et al.* (2009).

Na Tabela 6, referente ao estado civil, tanto os idosos casados e viúvos como os solteiros/divorciados/desquitados apresentaram resultados semelhantes com boas condições de funcionalidade e não houve significância estatística entre os resultados da MIF. Verifica-se que os idosos solteiros/desquitados/divorciados apresentam um escore discretamente menor em todos os escores da MIF.

Estes dados diferem dos encontrados por Rosa *et al.* (2003), cujos idosos viúvos apresentam uma razão de chance para dependência de 3,3 vezes entre os demais. Segundo os autores o estado de viuvez pode influenciar o declínio na capacidade funcional nesta faixa etária.

Quanto à religião (Tabela 6) os 75 idosos católicos conforme mostra os valores da MIF motora 77,9($\pm 14,5$), MIF cognitiva 28,8 ($\pm 5,1$) e MIF total 106,7 ($\pm 18,3$) apresentaram melhor funcionalidade quando comparados com os evangélicos. Não houve significância estatística para esta variável. A melhor funcionalidade dos idosos católicos pode ser explicada pelo número superior de indivíduos, não propriamente pela crença religiosa.

A Tabela 7 mostra-se os resultados da MIF correlacionados às doenças pré-existentes dos idosos longevos admitidos nas unidades hospitalares através do Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Não houve significância estatística (valores de $p \leq 0,05$) para as seguintes doenças referidas pelos idosos longevos: artrite, asma, câncer, constipação, DM, distúrbios digestivos, incontinências, problemas neurológicos, problemas vasculares, obesidade, tontura/vertigem. No entanto, observa-se que a funcionalidade de alguns idosos longevos está mais comprometida com o aparecimento de anemias, ansiedade/depressão, insônia, osteoporose e problemas de coluna, discute-se a seguir.

Quanto à variável anemia, observa-se na Tabela 7, que 25 idosos longevos apresentaram declínio funcional quando relacionados aos seguintes valores para MIF motora (67,7 $\pm 19,2$), MIF cognitiva (26,2 $\pm 4,8$) e MIF total (93,9 $\pm 22,1$). Nesta relação houve significância estatística com os seguintes valores de p-valor 0,003 para a MIF motora, p-valor 0,004 para MIF cognitiva e p-valor de 0,001 para a MIF total. Observa-se que os idosos longevos com anemia apresentaram valores menores para as MIF motora, MIF cognitiva e MIF total, que pode ser explicado pela baixa concentração de hemoglobina, causando prejuízos para o desenvolvimento de atividades físicas e mentais (PENNINX *et al.*, 2005).

Segundo Macedo (2006), anemia pode ser um achado frequente no idoso, não como consequência do processo do envelhecimento, mas pela perda gradativa das reservas orgânicas. Como em qualquer faixa etária a anemia é consequente de algum distúrbio subjacente e serve com sinalizador clínico para investigação da doença de base. O suprimento de oxigênio torna-se insuficiente para tecidos nobres como coração ocasionando insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, nas extremidades o edema pré-maleolar e para os tecidos cerebrais trazendo piora de quadro demencial, estados confusionais, depressão, isquemias transitórias e também insuficiência cerebrovascular.

TABELA 7 – AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O RESULTADO DA MIF E AS DOENÇAS PRE-EXISTENTES NOS IDOSOS LONGEVOS NA ADMISSÃO HOSPITALAR. CURITIBA-PR, BRASIL, 2011. CONTINUA

		MIF MOTORA			MIF COGNITIVA			MIF TOTAL		
Variável	n	Média (dp)	Variação observada	p. valor	Média (dp)	Variação observada	p. valor	Média (dp)	Variação observada	p. valor
Anemia										
Não	90	80,1 (±11,7)	30-91		29,3 (±4,7)	18-35		109,4 (±15,1)	48-126	
Sim	25	67,7 (±19,2)	32-91	0,003	26,2 (±4,8)	18-34	0,004	93,9 (±22,1)	52-125	0,001
Ansiedade/Depressão										
Não	62	80,8 (±12,3)	44-91		30,4 (±4,2)	18-35		111,2 (±15,1)	63-126	
Sim	54	73,9 (±15,6)	30-91	0,003	26,7 (±4,7)	18-35	<0,001	100,6 (±18,8)	48-126	<0,001
Artrite/artrose										
Não	51	78,0 (±14,5)	30-91		27,9 (±4,8)	18-35		106,0 (±18,1)	48-125	
Sim	63	76,6 (±14,7)	35-91	0,543	29,1 (±4,8)	18-35	0,168	105,7 (±18,0)	57-126	0,995
Problemas Respiratórios										
Não	95	77,6 (±14,7)	30-91		28,9 (±4,7)	18-35		106,5 (±17,8)	48-126	
Sim	21	76,2 (±14,0)	48-91	0,654	27,3 (±5,6)	18-35	0,250	103,5 (±18,6)	66-125	0,545
Câncer										
Não	89	77,1 (±14,4)	30-91		28,7 (±5,0)	18-35		105,8 (±18,0)	48-126	
Sim	27	78,2 (±14,9)	43-91	0,528	28,3 (±4,4)	20-34	0,524	106,5 (±18,0)	67-125	0,830
Constipação										
Não	68	79,2 (±12,5)	30-91		28,6 (±4,8)	18-35		107,9 (±16,1)	48-126	
Sim	46	74,8 (±16,5)	32-91	0,318	28,6 (±4,9)	19-35	0,966	103,5 (±19,7)	52-126	0,386
Diabetes Mellitus										
Não	83	78,2 (±14,0)	35-91		28,9 (±4,8)	18-35		107,1 (±17,1)	57-126	
Sim	33	75,2 (±15,6)	30-91	0,183	27,9 (±5,0)	18-35	0,377	103,1 (±19,8)	48-125	0,314
Problemas Cardíacos										
Não	68	78,6 (±13,6)	32-91		29,3 (±4,3)	18-35		107,9 (±16,3)	52-126	
Sim	46	75,0 (±15,8)	30-91	0,250	27,4 (±5,4)	18-35	0,009	102,4 (±19,9)	48-126	0,174
Distúrbios Gastrointestinais										
Não	71	76,5 (±15,5)	30-91		28,3 (±4,9)	18-35		104,8 (±18,7)	48-126	
Sim	42	78,1 (±13,1)	35-91	0,792	29,1 (±4,6)	18-35	0,450	107,2 (±16,9)	57-126	0,588
Problemas Vasculares										
Não	70	77,3 (±13,9)	30-91		28,5 (±4,6)	18-35		105,7 (±16,7)	48-125	
Sim	46	77,1 (±15,6)	32-91	0,717	28,8 (±5,4)	18-35	0,521	105,9 (±19,9)	52-126	0,491
Problemas Neurológicos										
Não	111	77,6 (±14,0)	30-91		28,7 (±4,8)	18-35		106,3 (±17,4)	48-126	
Sim	3	77,3 (±11,0)	70-91	0,751	28,3 (±4,7)	23-32	0,828	105,7 (±14,4)	95-122	0,802

FONTE: A Autora (2011).

TABELA 7 – AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O RESULTADO DA MIF E AS DOENÇAS PRE-EXISTENTES NOS IDOSOS LONGEVOS NA ADMISSÃO HOSPITALAR. CURITIBA-PR, BRASIL, 2011. **CONCLUSÃO**

		MIF MOTORA			MIF COGNITIVA			MIF TOTAL		
Variável	n	Média (dp)	Variação observada	p. valor	Média (dp)	Variação observada	p. valor	Média (dp)	Variação observada	p. valor
Hipertensão Arterial										
Não	30	74,2 (±19,4)	30-91		28,5 (±5,6)	18-35		102,79 (±24,3)	48-125	
Sim	86	78,4 (±12,3)	44-91	0,834	28,6 (±4,6)	18-35	0,834	107,1 (±15,1)	63-126	0,908
Incontinência										
Não	66	77,5 (±15,9)	30-91		28,5 (±5,0)	18-35		106,0 (±19,3)	48-126	
Sim	48	77,0 (±12,6)	32-91	0,156	28,9 (±4,4)	19-35	0,742	105,9 (±15,9)	52-124	0,358
Insônia										
Não	62	79,7 (±13,0)	35-91		29,3 (±4,6)	18-35		109,0 (±16,5)	57-126	
Sim	54	74,6 (±15,7)	30-91	0,049	27,8 (±5,0)	18-35	0,096	102,4 (±18,9)	48-126	0,039
Obesidade										
Não	95	77,5 (±14,4)	32-91		28,5 (±4,8)	18-35		106,0 (±17,7)	52-126	
Sim	21	76,6 (±15,2)	30-91	0,608	29,0 (±5,4)	18-35	0,654	105,5 (±19,3)	48-125	0,836
Osteoporose										
Não	91	79,3 (±12,5)	43-91		29,3 (±4,5)	18-35		108,6 (±15,6)	63-125	
Sim	24	70,0 (±19,3)	30-91	0,026	26,4 (±5,2)	18-35	0,014	96,4 (±22,9)	48-126	0,012
Problemas de Coluna										
Não	58	80,4 (±11,7)	43-91		20,1 (±4,8)	18-35		109,4 (±15,5)	63-126	
Sim	57	74,1 (±16,4)	30-91	0,043	28,1 (±4,9)	18-35	0,285	102,1 (±19,6)	48-126	0,039
Tontura/vertigem										
Não	86	79,0 (±11,4)	44-91		28,6 (±4,9)	18-35		107,6 (±14,8)	63-126	
Sim	27	74,0 (±20,1)	30-91	0,854	28,7 (±4,6)	18-35	0,976	102,7 (±23,7)	48-126	0,802

FONTE: O Autor (2011).

Visualiza-se na Tabela 7, que 61 idosos longevos não referiram depressão/ansiedade e demonstraram melhor funcionalidade conforme os valores apresentados na MIF. Os idosos que apresentaram estes distúrbios apresentaram menores valores na MIF mostrando um declínio na capacidade funcional. Nesta variável, houve significância estatística com p-valor de 0,003 na MIF motora e p <0,001 para ambas as MIFs cognitiva e total.

Estes dados encontram semelhança em estudos nacionais. O estudo desenvolvido por Cruz (2009), encontrou nos idosos estudados em Caxias do Sul/RS um declínio funcional na MIF motora influenciada pela depressão (25,4%).

Estudo desenvolvido por Nunes *et al.* (2010), feito com uma amostra de 388 idosos com 60 anos ou mais atendidos por uma equipe de Saúde da Família na cidade de Goiânia/GO mostrou que a depressão foi considerada um fator de risco para dependência de todas as AIVDs e para as AVDs exceto mover-se na cama. Ainda, os sintomas depressivos apresentados pelos idosos interferem negativamente na qualidade de vida do idoso e da família. É um distúrbio clínico que causa sofrimento a todos que são próximos, contribui para o aumento da exacerbação de sintomas de doenças crônicas coexistentes e interfere na capacidade funcional dos idosos, comprometendo suas atividades cotidianas (KURLOWICZ, 2006).

Quanto à variável artrite/artrose visualiza-se na Tabela 7, que 63 idosos relataram esta doença, sendo que a MIF motora ($76,6 \pm 14,6$) destes foi discretamente menor que dos idosos sem a doença (MIF motora $78,0 \pm 14,5$). A MIF cognitiva dos idosos com a doença foi melhor que dos idosos sem doença ($29,1 \pm 4,8$ e $27,9 \pm 4,8$), respectivamente. As MIFs totais de ambos os idosos foram semelhantes $106,0 \pm 18,1$ e $105,7 \pm 18,0$, respectivamente. Pode-se inferir que a funcionalidade motora dos idosos se torna comprometida pela dificuldade em manusear objetos, presença de dores musculares e nas articulações, restringindo os movimentos e o deslocamento dos idosos. Ela é considerada uma das doenças mais limitante em idosos.

Os distúrbios músculo-esqueléticos como artrose, fibromialgia, artrite reumatóide estão entre as queixas mais frequentes entre os idosos. Eles alteram significativamente a qualidade de vida dos idosos pelas constantes dores, fadiga muscular, diminuição da flexibilidade e fraqueza muscular que acarretam em diminuição da capacidade funcional. Estas doenças muitas vezes estão entre as causas de quedas entre os idosos (BERTONCINI ; WALLBACH, 2004).

Lebrão; Laurenti (2005) encontraram no Projeto SABE, realizado com 2.143 idosos acima de 60 anos, que 66,5% deles referiram artrite/ artrose/ reumatismo, sendo que 22,1% informaram ter muita limitação e 40,5% pouca limitação para as atividades de vida diária.

Na Tabela 7 observa-se, na variável problemas respiratórios que todos os idosos com idade avançada apresentaram boa funcionalidade, porém 21 idosos referiram a doença com discreto prejuízo para sua funcionalidade. As doenças pulmonares representam para o idoso perda da capacidade de retração elástica dos

pulmões e diminuição da oferta de oxigênio, e como sintoma principal a dispneia. Portanto, atividades que demandem maiores esforços serão evitadas pelos idosos, desta maneira, aos poucos eles deixaram de realizar atividades cotidianas.

Entre as atividades investigadas no estudo de Nunes *et al.* (2010), a tarefa de lavar roupa foi considerada a atividade com maior dependência e se mostrou associada com a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Em outro estudo realizado por Pasqual *et al.* (2009), avaliaram por meio da MIF, em dois momentos distintos (na admissão hospitalar e após seis meses de reabilitação pulmonar), 22 idosos com 70 anos ou mais, portadores de DPOC em crise aguda. Os autores encontraram uma melhora estatisticamente significativa na MIF total ($p < 0,001$) nas dimensões de autocuidado, locomoção, mobilidade e cognição social e atribuíram a esta recuperação a diminuição da dispnéia, melhora da capacidade para o exercício e a qualidade de vida.

Referente à variável câncer, 27 idosos referiram a doença, com os seguintes valores para MIFm ($78,2 \pm 14,9$), MIFc ($28,3 \pm 4,4$) e MIFt ($106,5 \pm 18,5$). Os 86 idosos que não referiram a doença apresentaram escores para MIFm ($77,1 \pm 14,4$), MIFc ($28,7 \pm 5,0$) e MIF t ($105,8 \pm 18,0$) (Tabela 7). Apesar da funcionalidade destes idosos não ter sido alterada. Infere-se que com a evolução da doença, estes idosos provavelmente apresentem declínio tanto para atividades físicas quanto cognitivas e a ajuda de terceiros seja uma necessidade constante para a realização dos cuidados básicos.

Estudo de Alves *et al.* (2007) realizado com base nos dados do Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (Projeto SABE) com 2.143 idosos entre 60 e 96 anos, evidenciou que a presença do câncer não ocasionou impacto estatisticamente significativo na dependência funcional. Segundo Garman *et al.* (2003), no idoso sobrevivente ao câncer, a presença de comorbidades é muito mais relevante nas dificuldades funcionais para a realização das atividades do dia a dia que a própria história de câncer.

Dados divergentes foram encontrados por Garman *et al.* (2003), em uma amostra de 4162 idosos acima de 65 anos que participaram do estudo “*Duke Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly*”. Os resultados apontam que 376 idosos relataram câncer entre zero a 15 anos atrás. O estudo dividiu os idosos em quatro grupos, o primeiro com 132 idosos que referiram câncer entre zero e quatro anos, o segundo com 117 idosos com câncer entre 5 a 15 anos

atrás, o terceiro com 127 que referiram câncer a mais de 15 anos e quarto grupo com os 3784 restantes. Os autores concluíram que independente da história de câncer, a presença de comorbidades aumenta as chances de declínio funcional do idoso.

Verifica-se na Tabela 7 que, na variável constipação, 46 idosos longevos referiram apresentar este problema e pode-se perceber que os valores da MIF motora ($74,8 \pm 16,5$) e MIF total ($103,5 \pm 19,7$) foram discretamente menores nestes idosos. A constipação é um dos problemas intestinais que parte dos idosos enfrenta e esta caracterizada por apresentar menos de três evacuações durante a semana. Muitas vezes esta relacionada à ingestão irregular de alimentos que contenham fibras, pouca ingestão de líquidos, efeitos colaterais de drogas como medicamentos para as cardiopatias, a depressão, anemia e o uso abusivo de laxantes.

O diabetes *mellitus* é apontado por 33 idosos que apresentaram valores menores para MIFm ($75,2 \pm 15,6$), MIFc ($27,9 \pm 5,0$) e MIFt ($103,1 \pm 19,8$) implicando menor funcionalidade. O diabetes *mellitus* é uma das doenças mais comuns nessa faixa etária, tendendo a aumentar com o avançar da idade, decorrente do sedentarismo e excesso de peso, muitas vezes se desenvolvendo juntamente com a hipertensão arterial e com problemas de dislipidemia.

O diabetes *mellitus* é uma doença muito temida em razão do aparecimento silencioso e quando não controlada leva a complicações importantes como problemas renais, dificuldades visuais, redução da sensibilidade dos pés com perdas funcionais importantes para a vida do idoso entre outras complicações. As maiores consequências para os idosos são as dificuldades crescentes para desenvolver as atividades de vida diária, o aumento de risco para quedas, possibilidade de amputações, gerando dificuldades na sua capacidade funcional e isolamento social.

Maty *et al.* (2004) realizaram um estudo transversal com dados extraídos de uma pesquisa maior denominada “Estudos de Saúde da Mulher e Envelhecimento” com 3570 idosas acima de 65 anos na cidade de Baltimore. Encontraram 483 (13,5%) portadoras de diabetes *mellitus* e todas referiram entre uma ou mais dificuldades para realização de atividades de vida diária, que foram desde dificuldade para caminhar entre duas ou três quadras, usar o telefone, tomar banho entre outras. Para os autores a diabetes esta fortemente associada com a perda da funcionalidade e as complicações como neuropatia e doença vascular periférica.

Em um estudo transversal realizado no ambulatório de um hospital escola da cidade de São Paulo- SP, Cordeiro *et al.* (2009), avaliaram 91 idosos com média de 74,4 ($\pm 5,9$) anos, na maioria mulheres (65,9%), concluíram que idosos diabéticos com seguimento ambulatorial, apresentam equilíbrio e mobilidade prejudicados, relacionados principalmente à idade avançada, limitação para atividades diárias, ausência de estratégia de equilíbrio, prejuízo na sensibilidade proprioceptiva e a presença de hipotensão ortostática. Entre esses idosos 30% deles referiram dificuldade para sete ou mais atividades de vida diária, menos da metade relataram dificuldade em até três AVDs e poucos apresentaram independência para todas as atividades.

Observa-se que, na Tabela 7, 46 idosos longevos alegam problemas cardíacos, e apresentam discreto declínio na sua funcionalidade, como mostram os valores da MIFm ($75,0 \pm 13,6$), MIFc ($27,4 \pm 5,4$) e MIF ($102,4 \pm 19,9$). Na dimensão da MIF cognitiva houve significância estatística com ($p=0,009$). Segundo Nunes *et al.* (2010) a diminuição do reflexo de desempenho do coração e a dificuldade de aumentar o débito cardíaco têm como consequência a queda do consumo de oxigênio, por este motivo os idosos apresentam dificuldades em realizar tarefas que demandam esforço, como fazer compras, longas caminhadas, subir escada e nas atividades de vida diária.

Rodrigues *et al.* (2008) encontraram 40 (20,5%) idosos com cardiopatias entre estes, sete (18,9%) idosos eram independentes para as atividades de vida diária, dez (27,1%) eram dependentes em 1 a 3 AVDs, sete (18,9%) dependentes para 4 a 6 AVDs e 13 (35,1%) dependentes em 7 ou mais AVDs. Nas AIVDs, independentes foram 14 (35,%), dependentes em 1 a 2 atividades quatro (10,0%) e dependentes em 3 ou mais AIVDs foram 22 (55,0%).

Em relação à hipertensão arterial, 86 idosos com idade avançada, apresentaram melhores valores para a MIF motora ($78,4 \pm 12,3$) e MIF total ($107,1 \pm 15,1$) do que aqueles que não apresentaram a doença (Tabela 9). Não foi encontrada uma justificativa para a melhor funcionalidade dos idosos deste estudo quando relacionado com a MIF.

Estes dados contradizem pesquisas que relacionam hipertensão arterial e atividades de vida diária. A pesquisa de Alves *et al.* (2007), entre os idosos com 60 a 96 anos, aqueles que referiram hipertensão arterial apresentaram 39% mais chances de dependência para as AVDs. O estudo de Rodrigues *et al.* (2008), com

193 idosos, 68,8% deles apresentaram dependência funcional entre uma e mais de sete AVDs e 53,6% foram dependentes em pelo menos uma AIVDs.

Referente aos distúrbios gastrointestinais (Tabela 7), 42 idosos que apesar de apontarem distúrbios como gastrite, úlcera ou refluxo gástrico entre outros problemas apresentaram boa funcionalidade, como mostra os valores das MIFm ($78,1 \pm 13,1$), MIFc ($29,1 \pm 4,6$) e MIFt ($107,2 \pm 16,9$). Não foi encontrada uma justificativa para a relação boa capacidade funcional e problemas gastrointestinais.

Os distúrbios gastrointestinais mais encontrados nos idosos são úlceras, gastrites, Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), diverticulite, obstrução intestinal e hemorróidas. Segundo Maia; Duarte; Lebrão (2006) os sangramentos gastrointestinais são comuns entre os idosos e responsáveis por altas taxas de morbi-mortalidade, representando 70% das internações hospitalares. Dentre as doenças, as úlceras gástricas, divertículos, são as maiores responsáveis pelos sangramentos.

Os idosos também apresentam alguns problemas pela má nutrição como diminuição na ingestão de vitaminas e ferro, probabilidade de aumento da osteoporose pela falta de cálcio, redução da resposta imune culminam com declínio funcional, com dificuldade em adquirir os alimentos, depressão, alterações da função cognitiva com inabilidade de obter alimentos, esquecimento ou incapacidade de se alimentar (MARCHINI; FERRIOLI; MORIGUTI, 1998).

Em tese de doutorado desenvolvido por Alvarenga (2008) com amostra de 503 idosos de 60 anos ou mais do município de Dourados/MS, encontrou 129 idosos que referiram problemas gastrointestinais sendo 118 (91,5%) independentes para as atividades de vida diária e 11 (8,5%) com algum grau de dependência

Observa-se na Tabela 7 que os problemas vasculares foram mencionados por 46 idosos longevos, porém sem dano na sua funcionalidade muitas vezes pelo estágio inicial da doença. A Doença Arterial Periférica (DAP) aumenta nos idosos em 14 vezes quando comparado com adultos abaixo de 50 anos. A claudicação intermitente é o sintoma mais comum da doença que entre os idosos muitas vezes é sub-diagnosticada pela inexistência de dor e desconforto em membros inferiores próprios da doença. A DAP leva a redução na atividade física pelo comprometimento funcional dos membros inferiores e na sequência declínio funcional (CURBS *et al.*, 1996).

Em estudo transversal com idosos recrutados do estudo “Epidoso”, com 176 idosos acima de 75 anos, Makdisse *et al.*(2007), encontraram 64 (34,7%) que referiram dor/desconforto nas pernas durante as caminhadas.

Os problemas neurológicos apenas três idosos apresentaram algum distúrbio neurológico como Acidente Vascular Encefálico Transitório ou epilepsia. Os valores para a MIF motora ($77,3 \pm 11,0$), MIF cognitiva ($28,3 \pm 4,7$) e MIF total ($105,7 \pm 14,4$) e não houve diferença estatisticamente significativa nesta variável, sendo que os idosos apresentaram boa funcionalidade (Tabela 7). Este número reduzido de idosos com problemas neurológicos e ainda com capacidade funcional preservada pode ser explicado pelos valores de corte do screening cognitivo realizado e favorável à participação no estudo.

O AVE isquêmico é o mais comum e responde aproximadamente por 80% das internações hospitalares e por internações prolongadas entre os pacientes de acima de 65 anos. As sequelas são marcadas por modificações motoras, cognitivas, emocionais e sociais e provocam em muitos idosos dependência nas AVDs com influência na autonomia e independência (CRUZ; DIOGO, 2009).

No estudo de Costa; Silva; Rocha (2011), com uma amostra de 40 idosos que tiveram AVE, usuários de um serviço de fisioterapia do SUS na cidade de Natal/RN, a média para MIF motora foi de 54,6 ($\pm 17,15$), ou seja, idosos com comprometimento funcional moderado. No estudo desenvolvido por Alvarenga (2008), com 503 idosos, 19 deles referiram AVE com ou sem sequelas, sendo que oito (42,1%) estavam independentes para as atividades cotidianas e 11 (57,9%) apresentavam alguma dependência.

Verifica-se na Tabela 7, que 48 idosos longevos com incontinência urinária não apresentaram prejuízo da funcionalidade. Os valores para a MIF foram: motora ($77,0 \pm 12,6$), MIF cognitiva ($28,9 \pm 4,4$) e MIF total ($105,9 \pm 15,9$). A incontinência urinária não apresenta variações por sexo em idosos com idade avançada, já as mulheres entre 50 e 75 anos apresentam maior prevalência que os homens nesta mesma faixa etária (Tabela 7).

No estudo de Nunes *et al.* (2010), *op cit* a incontinência urinária foi a atividade com maior comprometimento entre as AVDs, principalmente a incontinência urinária ocasional relatada pelas mulheres pelo uso de diuréticos.

Verifica-se na Tabela 7, na variável insônia, que todos os idosos longevos apresentaram boa funcionalidade, porém 54 apresentaram declínio na capacidade

funcional nos escores da MIF motora ($74,6 \pm 15,7$), MIF cognitiva ($27,8 \pm 5,0$) e MIF total ($102,4 \pm 18,9$). Nesta categoria, houve diferença estatística entre a variável insônia e as dimensões da MIF motora ($p=0,049$) e MIF total ($p=0,039$), ou seja, os idosos com insônia sofreram influência na realização das atividades cotidianas.

Os dados mostram a necessidade do sono suficiente para reparar tanto a capacidade funcional física como a mental. A privação do sono pode interferir no raciocínio, e consequentemente com prejuízo das atividades motoras provocando interferência nas atividades de vida diária.

Na Tabela 7, quanto à variável obesidade, 21 idosos referiram o problema, porém, sem prejuízo para sua funcionalidade com seguintes valores da MIF motora ($76,6 \pm 14,4$), MIF cognitiva ($29,0 \pm 5,0$) e MIF total ($105,5 \pm 19,3$). No presente estudo, muitos idosos se referiram como pessoas obesas. Apesar de não ter sido avaliado o IMC, a avaliação visual permitiu identificá-los como, idosos com sobrepeso, que explicaria então o resultado da MIF em demonstrar a boa funcionalidade dos idosos, mesmo para aqueles que referiram ser obesos.

Em um estudo realizado por Davison *et al.* (2002) com 1.526 mulheres e 1.391 homens com idade acima de 70 anos, encontraram que as mulheres com quintil mais alto para o percentual de gordura e com IMC de 30 tinham duas vezes mais probabilidade para desenvolver limitação funcional. Entre os homens os que estavam no quintil mais alto de percentual de gordura com IMC de 35 ou mais apresentam 1,5 vezes de probabilidade de apresentar limitações.

Verifica-se na Tabela 7 que os idosos que não referiram osteoporose apresentaram melhores valores para a MIFm ($79,3 \pm 12,5$), MIFc ($29,3 \pm 4,5$) e MIFt ($108,6 \pm 15,6$) indicando melhor funcionalidade nas atividades de vida diária. Os 24 idosos que referiram osteoporose apresentaram declínio nos valores da MIFm ($70,0 \pm 19,3$), MIFc ($26,4 \pm 5,2$) e MIFt ($96,4 \pm 22,9$) com interferência na realização das atividades cotidianas. Observou-se diferença estatisticamente significativa para funcionalidade com p-valor de 0,026 na MIFm, 0,014 na MIFc e 0,012 na MIFt.

No presente estudo, a osteoporose pode ter sido desenvolvida já na infância determinada pelas condições sócioeconômicas precárias a que muitos idosos eram submetidos.

Na variável problema de coluna, 58 idosos longevos não apresentaram o problema e os valores para MIFm foram de $80,4 \pm 11,7$; MIFc de $20,1 \pm 4,8$ e para MIFt foram de $109,4 \pm 15,5$. Já os 57 idosos que relataram o problema, os dados da

MIFm foram de $74,1 \pm 16,4$, da MIFc de $28,1 \pm 4,9$ e da MIFt de $102,1 \pm 19,6$. Nesta variável, observou-se diferença significativa estatisticamente para a MIFm com p-valor 0,0043 e para a MIFt com valor 0,039. Os idosos relataram como maiores queixas ao problema de coluna, dificuldades na execução de algumas tarefas básicas do cotidiano como colocar o sapato, apanhar coisas do chão, sentar ou levantar da cama e/ou cadeira, caminhar por longo trajeto entre outras (Tabela 7).

No estudo desenvolvido por Alves; Leite; Machado (2008), com 33.786 idosos, sendo 4.054 com 80 anos ou mais, os problemas de coluna compunham, dentro das doenças crônicas, que mais afetavam a independência, pela dificuldade em abaixar-se, ajoelhar-se, curvar-se, levantar objetos pesados, empurrar uma mesa, subir uma ladeira ou escada, realizar trabalhos pesados entre outras atividades.

Na Tabela 7, é visualizada a variável tontura/vertigem referida por 27 idosos com perda da funcionalidade conforme os valores apontados pela MIFm ($74,0 \pm 20,1$) e na MIFt ($102,7 \pm 23,7$). Estes sintomas muitas vezes são secundários a outros problemas de saúde que provocam o desequilíbrio e instabilidade postural e um fator de risco alto para quedas. Com o medo de cair o idoso diminui suas atividades cotidianas, tende ao sedentarismo e diminuição da sua capacidade funcional.

No estudo de Ruwer; Rossi; Simon (2005) observaram em uma amostra de 80 idosos acima de 60 anos, que entre os que realizavam atividades físicas, sociais e intelectuais a queixa de tontura era pouco incidente.

Verifica-se na tabela 8 a variável uso de medicamento, 106 idosos relataram uso de medicamentos no momento da internação. Estes idosos apresentam discreta diminuição da funcionalidade conforme mostram os valores da MIF motora ($76,9 \pm 14,5$) MIF cognitiva ($28,3 \pm 4,9$) e MIF total ($105,3 \pm 18,0$). Porém, não houve diferença significativa estatisticamente para esta variável.

Observa-se entre os idosos que não utilizam medicamentos uma melhor funcionalidade como aponta os valores da MIF motora ($81,5 \pm 14,1$), MIF cognitiva ($31,0 \pm 3,9$) e MIF total ($112,0 \pm 16,6$). Já os idosos que necessitam de sete ou mais medicações apresentaram declínio na funcionalidade, conforme mostra os valores para a MIF motora ($74,0 \pm 19,6$), MIF cognitiva ($28,1 \pm 5,0$) e MIF total ($102,1 \pm 23,3$).

TABELA 8- AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O RESULTADO DA MIF E AS CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS NA ADMISSÃO HOSPITALAR. CURITIBA-PR, BRASIL, 2011.

		MIF MOTORA			MIF COGNITIVA			MIF TOTAL		
Variável	N	Média (dp)	Variação observada	p. valor	Média (dp)	Variação observada	p. valor	Média (dp)	Variação observada	p. valor
Uso de Medicação										
Não	10	81,5 (±14,1)	46-91		31,0 (±3,9)	24-35		112,5 (±16,6)	75-125	
Sim	106	76,9 (±14,5)	30-91	0,163	28,3 (±4,9)	18-35	0,120	105,3 (±18,0)	48-126	0,098
Quantidade de Medicções										
Zero	10	81,5 (±14,1)	46-91		31,0 (±3,9)	24-35		112,5 (±16,6)	75-125	
Até 3	42	79,2 (±12,0)	44-91		28,7 (±5,0)	18-34		107,9 (±15,6)	63-126	
4 a 6	45	75,9 (±14,6)	30-91		28,4 (±4,7)	18-35		104,3 (±17,9)	48-126	
7 ou mais	18	74,0 (±19,6)	32-91	0,374	28,1 (±5,0)	19-34	0,442	102,1 (±23,3)	52-124	0,316
Deficiência visual										
Enxerga bem	23	78,2 (±14,1)	48-91		28,0 (±5,0)	18-35		106,2 (±17,2)	69-125	
Enxerga pouco	20	76,8 (±15,4)	43-91		29,6 (±4,9)	19-35		106,4 (±18,0)	67-124	
Não tem óculos										
Enxergo pouco	73	77,3 (±14,7)	30-91	0,818	28,7 4,8	18-35	0,504	106,0 (±18,5)	48-126	0,995
Tem óculos										
Deficiência Auditiva										
Escuta bem	56	76,9 (±14,8)	35-91		28,8 (±4,7)	19-35		105,7 (±17,8)	57-126	
Escuta pouco e										
Não tem	37	76,5 (±14,3)	30-91		28,1 (±5,3)	18-35		104,6 (±18,4)	48-126	
aparelho										
Escuta pouco e	23	79,8 (±14,4)	32-91	0,404	28,9 (±4,7)	19-35	0,831	108,7 (±17,9)	52-125	0,543
tem aparelho										
Deambulação										
Anda sem	57	83,4 (±10,4)	30-91		29,7 (±4,5)	18-35		113,1 (±13,8)	48-126	
dificuldade										
Anda com	37	72,5 (±16)	32-91		27,2 (±5,4)	18-35		102,4 (±19,6)	52-124	
dificuldade										
Anda com ajuda	17	69,5 (±12,6)	45-84		28,5 (±4,0)	21-35		98,0 (±14,8)	69-118	
de bengala/										
andador										
Usa cadeira de	5	70,0 (±22,6)	35-90	<0,001	27,2 (±5,9)	22-34	0,101	97,2 (±27,7)	57-124	<0,001
rodas										
Queda										
Não	56	79,2 (±14,4)	30-91		29,3 (±3,9)	18-35		108,5 (±17,0)	48-125	
Sim	55	74,6 (±14,7)	32-91	0,028	27,6 (±5,6)	18-35	0,180	102,3 (±18,7)	52-126	0,048
Edentulismo										
Refere ter todos	18	70,1 (±19,1)	32-91		26,9 (±5,0)	18-35		96,0 (±23,2)	52-126	
ou parte e não										
tem prótese										
Falta e faz uso	97	79,0 (±12,9)	30-91	0,101	29,0 (±4,7)	18-35	0,085	108,0 (±16,0)	48-126	0,065
prótese										

FONTE: A Autora (2011).

Dados divergentes da presente pesquisa foram encontrados Kawasaki e Diogo (2007), com 28 idosos internados em unidades hospitalares do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, no momento da admissão hospitalar. Os idosos que utilizavam 4,9 drogas e durante a hospitalização com

aumento de medicamentos prescritos houve correlação positiva para dependência motora. No estudo de Lopes *et al.* (2007) encontrou correlação positiva fraca significativa ($p=0,025$) entre o domínio cognitivo da MIF e o número de medicamentos.

Verifica-se na Tabela 8 que entre os idosos com dificuldade visual, e que não possuem óculos apresentaram discreto declínio no MIF motora e melhor funcionalidade na MIF cognitiva. Não houve diferença significativa estatisticamente para esta variável.

Quanto à deficiência auditiva, os idosos longevos apresentaram boa funcionalidade, sendo que os idosos com dificuldade auditiva e que utilizam órtese para correção tiveram melhor funcionalidade quando comparados com os demais idosos. Não houve diferença estatisticamente significativa nesta variável (Tabela 8).

Estudo desenvolvido por Yamada; Nishihira; Torturela (2009) com 31 idosos acima de 60 anos, mostrou que todos os pacientes possuíam algum tipo de alteração visual e algum déficit auditivo, contribuindo para o aumento do prejuízo para manter uma boa capacidade funcional do idoso.

No estudo realizado por Nunes *et al.* (2010), cujo objetivo foi avaliar a capacidade funcional, em uma amostra de 388 idosos acima de 60 anos, encontrou 265 (68,3%) idosos com dificuldade visual e 119 (30,1%) com dificuldade auditiva. Segundo o autor estas deficiências não impedem o envelhecimento saudável desde que, os idosos adotem mecanismos adaptativos como uso de órteses para corrigir estas dificuldades.

Na Tabela 8 em relação à variável deambulação, os idosos longevos que referiram andar sem dificuldade apresentam melhor funcionalidade quando comparados aos demais idosos que necessitaram de algum apoio como bengala/andador ou cadeira de rodas para exercer a locomoção. Esta variável apresentou associação significativa com a MIF total e a MIF motora ($p<0,001$), indicando que os idosos com necessidade de cadeira de rodas apresentam maior dificuldade para a mobilidade que os demais idosos.

A dificuldade para caminhar e subir ou descer escada para idoso longevo é um limitador na realização de atividades cotidianas. As AIVDs como fazer compras, ir ao banco são as primeiras atividades a serem colocadas de lado, pela dificuldade do idoso em realizar caminhadas em ambientes estranhos ao seu domicílio. A instabilidade postural, as alterações na marcha e, perda do equilíbrio contribuem

para que o idoso diminua a realização dessas atividades. Como consequência aumenta o sedentarismo e influenciam na perda da capacidade funcional (MENEZES; BACHION, 2008).

No estudo de Lopes *et al.* (2007), cujo objetivo foi verificar os fatores associados à independência funcional de idosos em assistência domiciliar encontrou em 80 prontuários, entre idosos de 60 a 92 anos, associação significativa para MIF motora, MIF total incluindo a MIF cognitiva para a avaliação da variável locomoção.

Evidencia-se na Tabela 8, que os idosos que não citaram queda apresentaram melhor funcionalidade quando comparados aos idosos que caíram pelo menos uma vez no último ano. Nesta variável, houve diferença estatisticamente significativa entre os idosos que apresentaram queda com p-valor de 0,028 para a MIF motora e p-valor de 0,048 para a MIF total.

A queda tem como principais fatores a instabilidade postural e a dificuldade na marcha e levam o idoso a ter medo de cair. Assim, eles evitam caminhadas, o que pode explicar os baixos valores na MIF motora e total. Segundo Buskman e Vilela (2004, p.213), a queda é “um evento sinalizador do início do declínio funcional do indivíduo idoso”.

A queda é considerada um dos principais redutores da saúde dos idosos. De acordo com Fabrício; Rodrigues; Costa (2006) este tipo de acidente interfere na independência e autonomia, e condicionam o idoso a ser dependente de um terceiro para a realização do seu cuidado pessoal.

Quanto ao edentulismo verifica-se na Tabela 8, que todos os idosos longevos apresentaram boa funcionalidade e entre os idosos com falta de dentes, mas que utilizam a prótese dentária, a média da MIF foi melhor quando comparada com aqueles que ainda possuem seus dentes e aqueles que já apresentavam faltas e não possuem prótese. Entretanto, não houve significância estatística nesta variável.

Manter a função mastigatória mesmo com uso de próteses é essencial para manter a estética facial, ajudar na mastigação facilitando a digestão com aumento da absorção de nutrientes e melhora na articulação das palavras.

A Tabela 9 mostra os resultados da relação das características de hábito de vida dos idosos longevos com a MIF.

Verifica-se na Tabela 9, a variável atividade física, os idosos (26) que ainda praticam alguma atividade física apresentaram uma boa funcionalidade como mostram os valores obtidos 83,2 ($\pm 12,1$) para MIF motora; 30,6 ($\pm 4,4$) para a MIF cognitiva e 113,8 ($\pm 14,9$) para a MIF total. Os idosos longevos que não realizam mais atividade física e que nunca realizaram já demonstram declínio da funcionalidade como mostram os valores das MIFm, MIFc e MIFt. Houve significância estatística quando relacionado os idosos que nunca praticaram atividade física e a funcionalidade conforme mostram os valores de p-valor 0,001 na MIF motora, p-valor 0,006 na MIF cognitiva e p-valor 0,001 na MIF total.

Os idosos que se mostraram adeptos de realização de atividade física apresentaram boas condições de saúde, com preservação da sua autonomia e independência, o que comprova a relevância da prática de alguma atividade para a manutenção de boas condições de saúde e atenuar os efeitos das doenças crônicas.

Em estudo desenvolvido por Sulander *et al.* (2011) com 1.395 idosos acima de 75 anos residentes na cidade de Helsinki (Finlândia), observaram declínio funcional nos idosos que se declaram fisicamente inativos quando comparados com aqueles praticantes de alguma atividade física.

Referente ao exame preventivo, Tabela 9, 47 idosos longevos que realizaram exames preventivos apresentaram melhor funcionalidade conforme os dados da MIFm ($80,2 \pm 11,6$), MIFc ($29,1 \pm 4,1$) e MIF t ($109,4 \pm 14,1$) que aqueles que não realizaram os exames. Entretanto, não houve diferença significativa estatisticamente para esta variável.

TABELA 9- AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O RESULTADO DA MIF E AS CARACTERÍSTICAS DE HÁBITOS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS NA ADMISSÃO HOSPITALAR. CURITIBA-PR, BRASIL, 2011.

		MIF MOTORA			MIF COGNITIVA			MIF TOTAL		
Variável	n	Média (dp)	Variação observada	p. valor	Média (dp)	Variação observada	p. valor	Média (dp)	Variação observada	p. valor
Atividade física										
Ainda Realiza	26	83,2 (±12,1)	44-91	0,001	30,6 (±4,4)	18-35	0,006	113,8 (±14,9)	73-126	0,001
Não realiza mais	27	78,8 (±13,3)	45-91		29,9 (±3,6)	22-35		108,7 (±15,2)	72-125	
Nunca realizou	63	74,3 15,2	30-91		27,3 5,1	18-35		101,5 19,0	48-126	
Exame preventivo										
Não	63	74,4 (±16,2)	30-91	0,102	27,9 (±5,4)	18-35	0,320	102,3 (±20,1)	48-126	0,187
Sim	47	80,2 (±11,6)	35-91		29,1 (±4,1)	19-35		109,4 (±14,1)	57-126	
Uso de Álcool										
Não	82	77,6 (±14,2)	30-91	0,691	28,8 (±4,8)	18-35	0,458	106,4 (±17,6)	48-126	0,594
Sim	33	76,3 (±15,4)	30-91		28,1 (±5,1)	18-35		104,3 (±18,9)	52-125	
Uso de Fumo										
Não	69	77,2 (±13,5)	30-91	0,337	28,8 (±4,7)	18-35	0,916	106,1 (±16,7)	48-126	0,499
Sim	42	78,8 (±14,3)	35-91		28,6 (±5,1)	18-35		107,5 (±17,9)	57-126	
Atividades de Lazer										
Leitura										
Não	97	75,9 (±15,2)	30-91	0,012	28,1 (±4,8)	18-35	0,006	104,1 (±18,5)	48-126	0,005
Sim	19	84,4 (±7,4)	65-91		31,1 (±4,4)	19-35		115,5 (±10,4)	92-126	
Assistir TV										
Não	26	78,2 (±14,3)	43-91	0,578	28,6 (±4,8)	19-35	0,950	106,7 (±18,1)	63-125	0,652
Sim	90	77,1 (±14,6)	30-91		28,6 (±4,8)	18-35		105,7 (±17,9)	48-126	
Trabalhos manuais										
Não	10	77,5 (±14,6)	30-91	0,702	28,4 (±4,9)	19-35	0,149	105,8 (±18,30)	48-126	0,955
Sim	15	76,4 (±14,1)	46-91		30,3 (±4,2)	19-35		106,7 (±15,5)	75-125	
Visitar Parentes										
Não	91	76,3 (±15,0)	30-91	0,104	28,0 5,0	18-35	0,015	104,3 18,5	48-126	0,053
Sim	25	81,1 (±12,0)	44-91		30,6 (±3,9)	22-35		111,8 (±14,4)	73-126	

FONTE: A Autora (2011).

Na Tabela 9, relativo ao uso de álcool e uso do fumo e essas variáveis não apresentaram diferença significativa estatisticamente. Todos os idosos apresentaram boa funcionalidade, porém os idosos que ainda utilizam bebida alcoólica apresentaram um declínio da funcionalidade como mostra os valores da MIF. Para a melhor funcionalidade dos idosos que ainda se utilizam do fumo não foi encontrada justificativa.

A perda da funcionalidade relacionada com o consumo de álcool e cigarro foi observada no estudo realizado por Francisco (2006), com uma amostra de 2.143

idosos acima de 80 anos, 18,7% idosos referiram uso de álcool e 38,0% utilizaram cigarro, todos eles relataram algum tipo de dependência para atividades de vida diária. E no estudo de Sulander *et al.* (2011) com 1.395 idosos acima de 75 anos residentes na cidade de Helsinki (Finlândia), encontraram declínio funcional em idosos que usavam cigarro.

Verifica-se na Tabela 9, que nas atividades de lazer como leitura todos os idosos longevos apresentaram boa funcionalidade, mesmo entre aqueles que não apresentam o hábito da leitura, por serem analfabetos funcionais ou com dificuldade de leitura. Porém, nos idosos que mantêm o hábito da leitura, os valores encontrados para a MIFm ($84,4 \pm 7,4$), MIFc ($31,1 \pm 4,4$) E MIFt ($115,5 \pm 10,4$) foram superiores e apresentaram significância estatística com valores de $p = 0,012$ (MIFm), $p = 0,006$ (MIFc) e $p = 0,005$ (MIFt). Portanto, idosos que leem apresentam melhor desempenho tanto para atividades físicas como mentais.

Nas atividades de lazer, como assistir televisão, trabalhos manuais todos os idosos longevos demonstraram boa funcionalidade para as atividades motoras e cognitivas. Não houve significância estatística nestas variáveis.

Observa-se na Tabela 9, que os idosos que mantêm o hábito de visitar parentes apresentam melhor funcionalidade em todos os domínios da MIF que aqueles que não costumam realizar esta atividade. Nesta variável, houve significância estatística com $p = 0,015$ indicando que os idosos que visitam seus parentes permanecem com funcionalidade positiva para MIF cognitiva.

A realização de atividades de lazer como leituras, assistir televisão, ouvir rádio, mas principalmente as atividades que promovam o contato social, passeios, encontros com outros grupos, visitar parentes e amigos, traz uma relação de bem-estar e promove o envelhecimento ativo preconizado pela OMS. No estudo de Francisco (2006), 41,6% dos idosos que realizavam algum tipo de atividade de lazer eram independentes para atividades cotidianas.

Na presente investigação, os idosos se mostraram independentes no momento da internação hospitalar e pode-se encontrar semelhança com o estudo de Izzo; Gruner (2005), cujo objetivo foi investigar o impacto da internação hospitalar na independência funcional dos idosos em uma enfermaria geriátrica do Hospital de Clínicas de São Paulo, que encontrou 42,85% dos idosos com alta independência e 34,28% com média dependência no momento da internação.

No estudo desenvolvido por Siqueira *et al.* (2004), cujo objetivo foi avaliar as alterações da capacidade funcional em dois momentos distintos da internação hospitalar (nas primeiras 24 horas de internação e no momento da alta) em 94 idosos com média de idade de $78,34 \pm 8,08$ anos em uma enfermaria de geriátrica de um hospital escola da cidade de São Paulo, foi constatado que 15% deles, ou seja, a minoria, apresentava boas condições de funcionalidade nos últimos 30 dias antes da internação.

Borges *et al.* (2006), realizou estudo com 41 pacientes entre eles quatro idosos (70-84 anos), cujo objetivo foi avaliar a intensidade de dor e o nível de funcionalidade em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, nos períodos de pré-operatório, 7º dia de pós-operatório e alta hospitalar. Segundo os autores ficou evidenciada a necessidade de atenção especial sobre a avaliação da funcionalidade dos idosos no momento da internação, visando a manter esta independência durante todo o processo da internação.

Segundo Alves *et al.* (2007), manter a capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que o declínio ou perda da funcionalidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.

Papaléo Netto (2006) enfatiza que avaliação do idoso deve ser multidimensional, visando à capacidade funcional, por ser um indicador de saúde relevante para a qualidade de vida desta população. Diogo (2000), ressalta que estabilizar o problema primário e prevenir complicações secundárias precisa estar entre as primeiras ações da equipe multiprofissional. A participação dos profissionais no desempenho de suas habilidades específicas e a interação entre estes produzem o resultado esperado no cuidado desta população. Estas ações de cuidado devem sempre, buscar a independência e manter a autonomia do idoso.

Segundo a OMS (2005) estas ações de cuidado devem estar pautados em modelos capacitadores de assistência, visando o reconhecimento das potencialidades de cada idoso e estimulando atitudes independentes, mesmo que este apresente alguma doença ou fragilidade.

A OMS (2005), afirma que quando os fatores de risco comportamentais e ambientais de doenças crônicas e de declínio funcional são mantidos baixos, as pessoas permanecem sadias e capazes de cuidar de sua própria vida à medida que

envelhecem. A saúde, participação e segurança constituem-se nos três pilares de estrutura política para o envelhecimento ativo. Oportunizar aos idosos longevos em qualquer esfera de atendimento de suas necessidades, as melhores condições é uma maneira de contribuir com o envelhecimento ativo desta população, até mesmo daqueles que estão mais frágeis e debilitados.

5. CONCLUSÃO

A capacidade funcional é hoje um dos principais indicadores na avaliação de saúde do idoso para os profissionais da gerontologia. O idoso que mantém sua funcionalidade, mesmo sendo portador de comorbidades, é capaz de definir e gerir sua vida, mantendo sua independência e autonomia. A saúde do idoso não pode ser avaliada apenas pela presença ou não de doenças, mas deve ser considerada a sua funcionalidade perante as atividades cotidianas.

Avaliar a capacidade funcional nos idosos é ainda um desafio a ser superado pelos profissionais em todas as esferas de atendimento à saúde. O número crescente de idosos longevos é exponencial no Brasil, portanto, nos serviços de atenção à saúde, sempre haverá presença de pessoas com idade avançada. Esta população idosa é repleta de peculiaridades que, muitas vezes, passam despercebidas pelos profissionais de saúde.

No momento da admissão hospitalar, conhecer a capacidade funcional é essencial para o planejamento do cuidado durante todo o processo de hospitalização. Conhecer o idoso de forma global, não focando somente no problema que motivou a internação, deve ser um dos objetivos para adequar o plano de cuidados. Avaliar a capacidade funcional revela o perfil de atividades de vida diária que ele desenvolve e que deverão ser mantidas durante o processo de hospitalização.

A utilização de instrumentos e escalas facilita a interação e a avaliação da capacidade funcional para as atividades cotidianas desenvolvidas pelo idoso. A escala de MIF apresenta certas facilidades, como a avaliação do grau de necessidade de ajuda do idoso para as AVDs, no momento da internação, e também possibilita observar e acompanhar a evolução da funcionalidade do idoso durante o período de internação. Este instrumento é de aplicação rápida e poderá ser incluído na sistematização de enfermagem, o que permite a agilidade no planejamento do cuidado ao idoso. Deve ser realizada pelo enfermeiro pelas especificidades a serem observadas durante a entrevista.

Segundo os dados emergentes desta investigação infere-se que o perfil sóciodemográfico dos idosos longevos é constituído por média de idade de 84 anos,

maioria viúvos, predominância feminina, baixa escolaridade e renda, católicos da raça branca.

Os problemas de saúde que motivaram a necessidade de internação neste estudo foram os gastrointestinais, seguidos de problemas cardíacos e urológicos. Os idosos referiram como comorbidades diagnosticadas anteriormente a hipertensão arterial, artrite/ artrose e problemas de coluna, sendo que 64,6% relataram mais de quatro problemas de saúde no momento da admissão. Em média, os idosos consumiam entre quatro a seis medicamentos ao dia. Atentar para a polifarmácia e a possibilidade de iatrogenias com perda ou declínio da capacidade funcional a que estes idosos estão sujeitos constitui um cuidado importante durante todo o processo de hospitalização.

Foi constatado que poucos idosos longevos haviam realizado preventivo para o câncer. Esse fato é um alerta para as autoridades e profissionais de saúde em relação à necessidade de intensificar e aprimorar as estratégias de recrutamento dessa população para realização desta atividade de saúde pública.

A deficiência visual, a auditiva e o edentulismo estavam presentes em grande parte dos pesquisados e a metade deles apresentou queda no último ano. Estas variáveis apresentam relação direta com a diminuição da capacidade funcional. Portanto devem ser pesquisadas no momento da internação, para adequação dos cuidados que deverão ser proporcionados por toda a equipe multiprofissional que atua junto ao idoso longo.

Quanto à funcionalidade no momento da admissão, os longevos se mostraram independentes para todos os domínios da MIF. No domínio motor, nas dimensões de autocuidado, controle de esfíncteres, transferências e locomoção os idosos, a maioria é independente; poucos apresentaram dependência mínima à moderada e a minoria dependência completa em algumas tarefas. No domínio cognitivo verifica-se predomínio da independência, porém com número considerável de idosos com dependência mínima para as tarefas de comunicação e cognição social.

Na associação entre as características socioeconômica e demográfica e a MIF, somente a variável escolaridade apresentou associação com significância estatística na funcionalidade. Houve significância estatística com diminuição da capacidade funcional para as comorbidades anemia, ansiedade e depressão, insônia, problemas cardíacos, problemas de coluna e osteoporose. Nesse estudo o

Índice de Massa Corporal (IMC) não foi avaliado, mas segue como sugestão para novas pesquisas a avaliação desta variável, pois o número de idosos longevos observados com sobrepeso é maior que idosos com peso adequado, sendo que muitos referiram declínio de sua funcionalidade.

Na variável queda e deambulação, os idosos apresentaram perda da funcionalidade. Estas duas variáveis durante todo o tempo de internação devem ser observadas, pois ambas apresentam altos índices de comprometimento nas atividades cotidianas dos idosos. Os hábitos de leitura e de visitar os parentes mostraram-se fatores protetores para funcionalidade. Os idosos longevos deste estudo apresentaram independência para as atividades de vida diária e percebe-se que, conforme o avançar da idade alguns idosos apresentam declínio cognitivo dificultando a realização de algumas tarefas.

Cabe ressaltar a relevância da escolaridade para a saúde das pessoas e consequentemente, para a manutenção da capacidade funcional. Os idosos que apresentaram algum nível de instrução foram os que tinham melhor entendimento para os cuidados com sua saúde, em comparação aos analfabetos. A necessidade de conhecer o nível de escolaridade dos idosos já no momento da internação hospitalar auxilia no planejamento dos cuidados e indica a necessidade de detalhamento durante os procedimentos.

Considera-se como importante dado o número de idosos que necessitam ou que apresentam dificuldade na utilização de tecnologias assistivas, como óculos, aparelho de surdez, bengalas, andador. A falta ou uso incorreto desses aparelhos limita a sua capacidade de desempenhar suas atividades de vida diária. Há necessidade de tomar ciência destas dificuldades durante a admissão hospitalar, com o intuito de proporcionar ao idoso longevo o estímulo para manter sua funcionalidade.

A referência de quedas no último ano é outro dado que deve ser considerado no momento da internação, pois com as dificuldades acima descritas, os riscos de ocorrências são maiores em um contexto ambiental desconhecido são maiores. Preservar a integridade destes idosos deve fazer parte de todo processo. Proporcionar um ambiente seguro no contexto hospitalar torna-se um cuidado essencial para sua recuperação já no início da hospitalização. Vale ressaltar que autonomia e independência dos idosos devem ser respeitadas em todos os momentos da internação.

A identificação do grau de necessidade de ajuda do idoso para determinadas tarefas é essencial para o planejamento do cuidado no processo de hospitalização. O conhecimento das alterações que as variáveis estudadas apresentam na capacidade funcional auxilia no reconhecimento de sinais e sintomas, que podem acometer o idoso e assim as decisões serão mais rápidas a ponto de minimizar/interromper certos danos.

Nesse estudo todos os idosos eram usuários do SUS, portanto os resultados evidenciados são pertinentes a uma população com carências tanto econômicas, como sociais e culturais em relação aos cuidados com sua saúde. Recomenda-se o desenvolvimento de novas pesquisas com populações que apresentem outros formatos de convênios de saúde, e perfil socioeconômico diferenciados.

No Brasil, observa-se o crescimento acentuado do número de idosos longevos, bem como a procura por unidades de internação para resolução de problemas de saúde específicos deste segmento populacional. Ressalta-se a necessidade da implementação das Políticas Públicas como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso como referência para o melhor atendimento desta população.

Constatou-se durante a revisão de literatura um acentuado déficit de estudos que abordam o tema em questão, especificamente sobre a capacidade funcional no momento de internação hospitalar, dificultando a comparação e discussões em alguns aspectos levantados no estudo. Do mesmo modo, são escassas as pesquisas realizadas com idosos longevos. Portanto, há um vasto campo de pesquisa para ser explorado por todos os profissionais de saúde.

O presente estudo forneceu dados sobre a capacidade funcional de idosos longevos no momento da internação hospitalar e espera-se que os mesmos estimulem novas pesquisas sobre este tema. Recomenda-se a realização de outros estudos, do tipo longitudinal, com o intuito de acompanhar o comportamento da funcionalidade dos longevos e aprofundar o conhecimento sobre a capacidade funcional destes, em todas as esferas de atendimento à saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. R. M. **Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na Atenção Básica**. 236 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008.

ALVARENGA, M. R. M.; MENDES, M. M. R. O perfil das readmissões de idosos num Hospital Geral de Marília/SP. **Rev. Latino AM. Enferm.** São Paulo, n. 11, n.3, p. 305-11, maio-jun., 2003.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Perfis de saúde de idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o Método *Grade of Membership*. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 24, v. 3, p. 535-546, mar., 2008.

ALVES, *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n. 8, p.1924-30, ago., 2007.

AMARAL, A. C. S. *et al.* Perfil de morbidade e mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1617-1626, nov/dez., 2004.

AMARAL, J G. **Medida de Independência Funcional em idosos portadores de doenças crônicas**. 91p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Guarulhos, 2010.

ANDREOTTI, R. A.; OKUMA, S.S. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente ativos. **Re. Paul. Educ. Fís.** São Paulo, v.13, n.1, p.46-66, 1999.

ARAUJO, M. O. P. H.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 378-85, 2007.

BALTES, P. B.; SMITH, J. New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. **Gerontology**. Washington, v.49, p.123-135, 2003.

BANDEEN-ROCHE, K.; XUE, Q.; FERRUCCI, L.; WALSTON, J. Phenotype of frailty: Characterization in the Women's Health and Aging Studies. **The Journals of Gerontology: Series A**: Washington, v.61A, n.3, p.262-266, 2006.

BERTOLUCCI, P. *et al.* The Mini-Mental State Examination in a general population: impact PF educational status. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. São Paulo, v.52, n.1, p.1-7, 1994.

BERTONCINI, A. J.; WALLBACH, M. C. S. Alterações Músculo-esqueléticas na terceira idade. In: **Saúde do Idoso: A arte de cuidar**. SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Org). 2.ed. Rio de Janeiro, Interciência, 2004.

BLAZIN, D. T. **Avaliação da capacidade funcional pós-trauma em idosos**. 225f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

BLANSKI, C. R. K.; LENARDT, M. H. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 180-8, ago., 2005.

BLE, A. *et al.* Lower plasma vitamin E levels are associated with the frailty syndrome: The CHIANTI Study. **Journals of Gerontology: Series A: Biological sciences and medical sciences**. Washington, v.61A, n.3, p.278-283, 2006.

BORGES, J. B. C. *et al.* Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. **Rev Bras. Cir Cardíaca**. São José do Rio Preto, v. 21, n. 4, p.393-402, 2006.

BOYD, C. M.; *et al.* Hospitalization and Development of Dependence in Activities of Daily Living in a Cohort of Disabled Older Women: The Women's Health and Aging Study I. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**. Washington, v. 60, n. 7, p. 888-893, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional em Pesquisa. **Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Lei n. 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. In: Brasil. Ministério da Justiça. **Política Nacional do Idoso**. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília (DF): Secretaria Nacional dos Direitos Humanos; 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395, de 13 de dezembro de 1999. **Institui à Política Nacional de Saúde do Idoso**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. **Lei n. 10741** de 01 de outubro 2003 Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Hospitais de ensino e pesquisa**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=407&letra=H>. Acesso em: 10/11/2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2528** de 12 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Cadernos da Atenção Básica**. Brasília, n.19, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº399/GM** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Tecnologia da informação a serviço do SUS – DATASUS. **Projeções intercensitárias. 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 05/11/2010.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 12.382** de 25 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o valor do salário mínimo em 2011 e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, DF, 2011.

BROWN, C.J. FRIEDKKIN, R. J.; INOUE, S.K. Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. Hospital Elder Life Program. **J. Am Geriatr. Soc.** New York, v. 52, n. 8, p.1263-70, 2004.

BUSKMAN, S.; VILELA, A. L. Instabilidade Postural e Quedas. In: **Saúde do Idoso: A arte de cuidar**. SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Org). 2.ed. Rio de Janeiro, Interciência, 2004. p.208-218.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 773-781, jun., 2003.

_____. Fatores de risco em envelhecimento- o idoso frágil e as síndromes geriátricas. In: **Saúde do Idoso: A arte de cuidar**. SALDANHA, A. L. CALDAS, C. P. (Org). 2.ed. Rio de Janeiro, Interciência, 2004.

_____. Introdução a gerontologia. In: VERAS, R; Lourenço, R.(Ed). **Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. UNATI- UERJ, Rio de Janeiro, 2006.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002. (textos para discussão, n. 858).

_____. (Org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 382 p.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro, IPEA, 2004. p. 25-73.

CARDOSO, J. H.; COSTA, J. S. D. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idoso de um plano de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2871-2878, 2010.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p.725-733, 2003.

CARVALHO, M. F. C.; LUPPI, G.; REIS, M. P. Atenção farmacêutica. In: PAPALEO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2007, p.719-727.

CHAIMOWICZ, F. A Saúde dos idosos brasileiros as vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública**. 1997; v.31, n. 2, p.184-200. [Acesso em: 2011 ago. 28]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2170.pdf>

CHAIMOWICZ, F.; COELHO, G. L. L. M. Expectativa de vida livre de incapacidades em Ouro Preto. Relatório técnico final. Brasília: Conselho Nacional de Pesquisa, 2004, p. 50.

CORDEIRO, R. C. *et al.* Factors associated with functional balance and mobility among elderly diabetic outpatients. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** São Paulo, v.53, n. 7, p.834-43, out., 2009.

COSTA, F. A.; SILVA, D. L. A.; ROCHA, V. M. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos por AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal –RN. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 16, n. supl1, p. 1341-48, 2011.

COVINSKY K. E., *et al.* Functional status before hospitalization in acutely ill older adults: validity and clinical importance of retrospective reports. **J Am Geriatr Soc.** New York, v.48, n.2, p.164-9, 2000.

COVINSKY, K. E., *et al.* Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with Medical Illnesses: increased vulnerability with age. **J Am Geriatr Soc.** New York, v.51, n.4 , p. 451-458, apr., 2003.

CRUZ, I R. **Avaliação geriátrica global dos idosos mais velhos residentes em Ribeirão Preto (SP) e Caxias do Sul (RS): indicadores para envelhecimento longo.** 156 f. Tese (Doutorado em Ciências) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

CRUZ, K. C. T.; DIOGO, M. J. D. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 22, n. 5, p. 666-72, 2009.

CUNHA, F. C. M. *et al.* Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.475-487, 2009.

CURBS, J. D. *et al.* Peripheral arterial disease and cardiovascular risk factors in the elderly. The Honolulu Heart Program. **Arterioscler Tromb Vasc Biol.** Dallas, v. 16, n. 12, p. 1495-500, dec.,1996.

DAVISON, K.K. *et al.* Percentage of body fat and body mass index are associated with mobility limitations in people aged 70 and older from NHANES III. **J Am Geriatric Soc.** XXX, v.50, n.11 ,p. 1802-1809, nov., 2002.

DIOGO, M. J. D`E. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Rev. Latino-am. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan., 2000.

DOHERTY, T. J. Invited Review: aging and sarcopenia. **J. Appl Physiol.** V, 95 p. 1717-1727, 2003.

DUARTE, F. M.; WANDERLEY, K. S. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** Brasília, v.27, n.1, p.49-53, jan/mar., 2011.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. I. O índice da Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-25, 2007.

FABRICIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA Jr, M. L. Causas e consequências de quedas em idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v.38, n.1, p. 93-9, fev., 2004.

FARIAS, R. G. **Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos residentes em uma comunidade.** 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FELICIANO, A. B.; MORAES, A. S.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.20, n. 6, p. 1575-1585, nov/dez., 2004.

FERRARI, M. A. C. Idosos mais idosos: reflexões e tendências. **O mundo da saúde.** São Paulo, v.26, n. 4, p. 457-471, 2002.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 409-415, fev., 2008.

FILLENBAUM, G. G. **The wellbeing of the elderly:** approaches to multidimensional assessment. Geneva: World Health Organization, 1984.

FILLENBAUM, G. G.; SMYER, M. The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. **J. Gerontol.** Washington, v. 36, p. 428-434, 1981.

FOLSTEIN, M.F. *et al* "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric research,** Oxford, v.12, n.3, p.189-198, 1975.

FONSECA, B. F.; RIZOTTO, M. L. F. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.17, n. 2, p. 365-73, abr-jun., 2008.

FRANCISCO, P.M.S.B. *et al.* Fatores associados à doença pulmonar em idosos. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 40, n. 3, p.428-435, 2006.

FRIED, L.P. *et al.* Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. **Journal of Gerontology: Medical Sciences.** Washington, v. 59, n. 3, p. 255-263, 2004.

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J. Gerontology** , Oxford, v. 56, n.3, p. M146-56, 2001.

FRIED, L. P. Frailty. In: **Principles of geriatric medicine and gerontology.** HAZZARD, W. R. McGraw-Hill, 1994.

GAMA, Z. A. S.; CONESA, A.C.; FERREIRA, M. S. Epidemiología de caídas de ancianos em España. Uma revision sistemática, 2007. **Revi Esp Salud Public.** Madrid, v. 82, n. 1, p. 43-56, ene/fev., 2008.

GARMAN, K.S. *et al.* Function in elderly cancer survivors depends on comorbidities. **J. Gerontol A Biol Sci Med Sci.** Washington, v.58, n. p. M 1119-24, 2003.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.24, supl.I, p.3-6, 2002.

GOMES, G. C.; DIOGO, M. J. D. Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. In: DIOGO, M. J. D. NERI, A. ; CACHIONI, M. (Org). **Saúde e qualidade de vida na velhice.** São Paulo: Alínea, 2004. p.107-132.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara koogan S A., 2006. Cap. 116, p.1110-1116.

GRANGER, C.V.; HAMILTON, B.B.; SHERWIN, F.S. **Guide for use of the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation.** Buffalo General Hospital, Buffalo, NY, 1986.

GUIMARÃES, M. N. M. Q.; ALMADA FILHO, C. M. Functional status change in olders adults undergoing coronary artery bypass Sergey. **São Paulo Med J.** São Paulo, v. 129, n. 2, p. 99-106, 2011.

INOUE, K. PEDRAZZANI, E. R.; PAVARINI, S. C. I. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 350-7, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2008**. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 15/jun/2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) [homepage na Internet]. Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980–2050. Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE – DEPIS [acesso em 2011 fev 4]. Disponível em: www.ibge.gov.br

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 28/jul/2011.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n. 4, p. 1107-1111, 2008.

KARLAMANGLA, A. S. *et al.* Trajectories of cognitive function in late in the US: demographic and socioeconomic predictors. **Am J Epidemiol**. Oxford, v. 170, n. 3, p. 331-342, 2009.

KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **The Journal of the American Medical Association (JAMA)**. Chicago, v. 185. p.914-919, 1963.

KAWASAKI, K. **Impacto da Hospitalização na Capacidade Funcional do Idoso**. 161f. Dissertação (Mestrado em Ciências) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

KAWASAKI, K. ; DIOGO, M. J. D. E. Variação da independência funcional em idosos hospitalizados relacionada a variáveis sociais e de saúde. **Acta Fisiátrica**. São Paulo, v.14, n. 3, p. 164-169, 2007.

KAWASAKI, K.; CRUZ, K. C. T.; DIOGO, M. J. D. A utilização da medida de independência funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. **Medicina de Reabilitação**. São Paulo, v.23, n.3, p.57-60, set-dez., 2004.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. *et al* . **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

KURLOWICZ, L. Depressão em Idosos. In: Protocolos em Enfermagem Geriátrica. MEZEY, M.; FULMER, T.; ABRAHAM, I.; ZWICKER, D. ed. Editora Andrei. São Paulo, 2006, p. 197-216.

LAWTON MP, BRODY EM. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of dailyliving. **Gerontologist**. Oxford, V.9, p.179–85, 1969.

LEBRÃO, M. L., LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**. São Paulo, v. 8, n. 2, p. 127-41, 2005.

LENARDT, M. H. *et al*. O cuidado gerontogeriátrico em unidade de tratamento hemodialítico. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v.14, n. 1, p. 37-43, 2009.

LENARDT, M. H.; MICHEL, T.; TALLMANN, A. E. C. A condição de saúde de idosas residentes em instituição de longa permanência. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v.14, n. 2, p. 227-36, 2009.

LENARDT, M. H. *et al*. Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. **Texto & Contexto- Enferm**. Florianópolis, v.16, n. 4, p. 737-745, out/dez., 2007.

LIMA-COSTA, M. F.; CAMARANO, A. A. Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um construto e novas fronteiras. **Interface, Comunicação saúde e educação**. Botucatu, v.12, n.27, p.795-807. out/dez., 2008.

LINDENBERGER, E. *et al*. Unsteadiness reported by older hospitalized patients predicts functional decline. **J Am Geriatric Soc**. V. 51, n. 5, p. 621- 626, may., 2003.

LOPES, A.B. *et al.* Independência funcional e os fatores que a influenciam no âmbito de assistência domiciliar ao idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 1-14, 2007.

MACEDO, M. P. Envelhecimento e parâmetros hematológicos. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006, p. 699-707.

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D.W. Functional evaluation: the Barthel Index. **Md State Med J.** New Jersey, v.14, p. 61-5, 1965.

MAIA, F. O. M.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 40, n. 4, p. 540-7, 2006.

MAKDISSE, M. *et al.* Escore para rastrear idosos (≥ 75 anos) de alto risco para a doença arterial periférica. **Arq Bras Cardiol.** v. 88, n. 6, p. 630-636, 2007.

MARCELL, T. J. Sarcopenia: causes, consequences and preventions. **Journal of Gerontology: Medical Sciences.** v. 58A, n.10, p. 911-916, 2003.

MARCHINI, J. S.; FERRIOLI, E.; MORIGUTI, J. C. Suporte nutricional no paciente idoso: definição, diagnóstico, indicação e intervenção. **Medicina.** Ribeirão Preto, v.31, p. 54-61, jan/mar., 1998.

MARKLE-REID, M. *et al.* Health promotion for frail older home care clients. **Journal of Advanced Nursing.** v.54, n. 3, p. 381-95, 2006.

MARTINS, J. J. *et al.* Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado do idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 371-382, 2007.

MATEEV, A. *et al.* Use of a short-form screening procedure to detect unrecognized functional disability in the hospitalized elderly. **J. Clin Epidemiol.** V. 51, n. 4, p. 309-314, 1998.

MATY, S. C. *et al.* Patterns of disability related to diabetes mellitus in older women. **Journal of Gerontology: Medical Sciences.** v. 59A, n.2, p. 148-153, 2004.

MELO, D. M. **Fragilidade, desempenho de atividades avançadas de vida diária e saúde percebida em idoso atendidos em ambulatório de geriatria.** 72f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

MENEZES, T. M. O. **Ser idoso longo: desvelando os sentidos do vivido.** 209 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

MENEZES, R. L.; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1209-18, 2008.

MILLAN-CALENTI, J. *et al.* Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Archives of Gerontology and Geriatrics.** New York, v.50, p. 306-310, 2010.

MINOSSO, J. S. M. *et al.* Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v.23, n. 2, p. 218-23, 2010.

MORAES, E. N. *et al.* Avaliação clínico-funcional do idoso. In: Princípios básicos de geriatria e gerontologia. : MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia.** Belo Horizonte: Ed.Coopmed, 2008, p.63-84.

MORAIS, E. P. **Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul- Rio Grande do Sul.** 215f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural; realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 374-83, 2008.

MOTTA, L. B. Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. **Texto Envelhecimento,** Rio de Janeiro, v. 3, n. 6, p. 47-77, 2001.

MUDGE, A. M.; O'ROURKE, P.; DENARO, C. Timing and risk factors for functional changes associated with medical hospitalization in older patients. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.** v. 65, n. 8, p.866-872, 2010.

MURTAGH, K.; HUBERT, H. B. Gender differences in physical disability among on elderly cohort. **Am. J. Public. Health**. V. 94, n. 8, p. 1406-11, 2004.

NERI, A. L. O senso de auto-eficácia como mediados do envelhecimento bem-sucedido no âmbito da cognição, das competências para a vida diária e do autocuidado à saúde. In: AZZI, R. G.; POLYDORO, S. A. J. **Auto-eficácia em diferentes contextos**. Campinas, SP. Alínea, 2006, p. 59-86.

NERI AL. **Palavras chave em gerontologia**. Campinas, Alínea. 2005; 2ed, 136p.

NESPE-Fiocruz-UFMG **Carta de Ouro Preto: desigualdades sociais, de gênero e saúde dos idosos no Brasil**. Minas Gerais, 2002 Disponível em <http://www.unati.uerj.br/destaque/ouro_preto.doc>. Acesso em: 02 de setembro de 2011

NOGUEIRA, S. L. **Capacidade funcional, nível de atividade física e condições de saúde de idosos longevos: um estudo epidemiológico**. 108 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Nutrição). Curso de Nutrição, Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2008.

NOGUEIRA, S. L. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev. Bras. Fisioterapia**. São Carlos, v.14, n. 4, p. 322-29, jul/ago., 2010.

NUNES, D. P. *et al.* Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia(GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, 2010.

NUNES, M.C.R. *et al.* Influência das características sócio demográficas e epidemiológicas a capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Rev. Bras. Fisioterapia**. São Carlos, v. 13, n. 5, p. 376-82, set/out., 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) **Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e Saúde (CIF)**. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Centro colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais. 2003. Disponível em <<http://www.fsp.sp.br/~cbcd/cifweb.htm>> Acesso em 24 de novembro de 2010.

_____. **Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde**. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS- ONU. **World Population Ageing 2009**. Department of Economic and Social Affairs; Population Division. United Nations, New York, 2010. p.129.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) Relatório da I Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, Plano de Ação Internacional. Viena (AT); ONU;1982.

PAIXÃO Jr, C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n. 1, p. 7-19, jan/fev., 2005.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: Histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S A., 2006. Cap. 1, p.2-12.

PAPALÉO NETTO, M. PONTE, J. R. Envelhecimento: desafios na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Ed. Atheneu, 1996. p. 3-12.

PARKER, M.G.; THORSLUND, M. Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. **Gerontologist**. Oxford, v. 47, n. 2, p. 150-8, 2007.

PASQUAL, F. *et al.* Use of functional independence measure in rehabilitation of inpatients with respiratory failure respiratory medicine. **Respiratory Medicine**. v.103, n.3 , p. 471-478, mar., 2009.

PEDRAZZI, E. C. **Arranjo Domiciliar e Apoio dos familiares aos Idosos mais velhos**. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PELEGRIN, A. K. A. P. *et al.* Idosos de uma instituição de longa permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. **Arq. Ciênc. Saúde**. São Paulo, v.15, n.4, p. 182-188, out/dez., 2008

PENNINX BW *et al.* Late-life anemia is associated with increased risk of recurrent falls. **J Am geriatric soc** . Washington, v.53, n. 12, p.2106-11, 2005.

PÉRÈZ, K, *et al.* The disablement process: Factors associated with progression of disability and recovery in French elderly people. **Disabil Rehabil**. v.27, n.5, p. 263-76, 2005.

POLLAK, N.; RHEAULT, W.; STOECKER, J. L. Reliability and validity of the FIM for persons aged 80 years and above from a multilevel continuing care retirement community. **Arch Phys Med Rehabil**. Philadelphia, v.77, n. 10, p. 1056-1061, 1996.

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM. Universidade Federal do Paraná. Linhas de Pesquisa, 2010. Disponível em: http://www.ppgenf.ufpr.br/linhas_de_pesquisa.htm. Acessado em 27 de julho de 2010.

PUCCA JUNIOR, G. F. Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: PAPALETTO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2008, p.521-536.

RABELO, L. P. O. *et al.* Perfil de idosos internados em um hospital universitário. **Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v.14, n. 3, p. 293-300, jun/set., 2010.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S A., 2002. Cap. 7, p.72-78.

_____. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto EDIPOS. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 03, p. 793-798, 2003.

RAMOS, *et al.* Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.27, n.2, p.87-94, 1993.

REICHEL, W. **Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan AS. 5 ed., 2001.

RIBERTO, M. *et al.* Reprodutividade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.

RIBERTO, M. *et al.* Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revi. Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto & Contexto- Enferm.** Florianópolis. v.16, n.3, p. 536-545, jul/set. 2007.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. **Acta Paul Enferm.** São Paulo. v.21, n.4, p. 643-8, 2008.

ROSA, T. E. C. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 37, n.1, p. 40-48, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia da saúde.** Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

RUWER, S. L.; ROSSI, A. C.; SIMON, L. F. Equilíbrio no Idoso. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia.** Porto Alegre, v. 71, n. 3, p. 298-303, mai/jun., 2005.

SAGER, M. A. *et al.* Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. **J Am Geriatr. Soc.** V. 44, p. 251-257, 1996.

SCATTOLIN, F. A. A.; COLOMBO, R. C. R.; DIOGO, M. J. D. Preditores de independência funcional em idosos portadores de insuficiência cardíaca. **Acta Fisiátrica.** São Paulo, v. 14, n. 4, p. 219-225, 2007.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos da Psicologia.** Campinas, v.25, n.4, p.585-93, 2008.

SELEY, J. J.; WEINGER, K. The state of the science on nursing best practices for diabetes self-management. **Diabetes Educ.**, v.33, n. 4, p. 616-26, jul/aug., 2007.

SIQUEIRA, A. B.; *et al.* Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idoso. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 38, n.5, p. 687-94, 2004.

SIQUEIRA, F. V. *et al.* Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 41, n.5, p. 749-56, 2007.

SOARES, M. B. O. *et al.* Morbidades, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. **Rev. Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.705-711, out/dez., 2010.

SOARES, M. B. O.; *et al.* Características sociodemográficas e de saúde de idosos octogenárias. **Cienc. Cuidado Saúde**. Maringá, v.8, n.3, p. 452-459, jul/set., 2009.

SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. C. p. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enf.** Brasília, v.60, n. 3, p. 263-267, 2007.

SPOSITO, G. *et al.* Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. **Rev Bras Fisioter.** São Carlos, v. 14, n.1, p. 81-9, jan/fev., 2010.

STHAL, H.C.; BERTI, H. W.; PALHARES, V. C. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.20, n.1, p.59-67, jan/mar., 2011.

STRAUSS, E. V. *et al.* Women are more disabled in basic activities of daily living than men only in very advanced ages: a study on disability, morbidity, and mortality from the Kungsholmen project. **J. Clin. Epidemiol.** V. 56, n. 7, p. 669-77, 2003.

SULANDER, T. *et al.* The association of functional capacity with health-related behavior among urban home-dwelling older adults. **Arc gerontology and Geriatrics.** v.52, p. 11-14, 2011.

SULANDER, T. *et al.* Trends and educational disparities in functional capacity among people aged 65-84 years. **Int. J. Epidemiology.** V, 35, p. 1256-61, aug., 2006.

TEIXEIRA, C. F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Cienc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, n.4, v. 9, p.841-843, 2004.

TEIXEIRA, I. N. O. **Fragilidade em idosos:** Conceitos, definições e modelos sob uma perspectiva multidimensional. Londrina, Ed. EDUAL. 2010.

TINETTI, M. E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. **Journal of American Geriatric Society.** New York, v. 34, p. 114-126, 1996.

YAMADA, J. T.; NISHIHARA, N.; TORTURELA, M. Aplicação da medida de independência funcional na prática do autocuidado em uma unidade de internação geriátrica. **RBCEH**. Passo Fundo, v. 6, n. 2, p.254-63, mai/ago., 2009.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.705-15, mai/jun., 2003.

VERAS, R. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: **Saúde do Idoso: A arte de cuidar**. SALDANHA, A. L. CALDAS, C. P. (Org). 2.ed. Rio de Janeiro, Interciência, 2004, p. 3- 10.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: Demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p548-554, mai/jun., 2009.

VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. M. The disablement process. **Soc Sci Med**, v 38, p. 1-14, 1994.

VOLPATO, S. *et al.* Characteristics of Nondisabled Older Patients Developing New Disability Associated with Medical Illnesses and Hospitalization. **Society of General Internal Medicine**. Alexandria, v. 22, p. 668-674, 2007.

VOLPATO, S. *et al.* Predictive Value of the Short Physical Performance Battery Following Hospitalization in Older Patients. **J. Gerontol A Biol Sci Med Sci**. Washington, v.66A, n. 1, p. 89-96, 2011.

WINOGRAD, C. H. *et al.* Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. **J. Am Geront. Soc.** V. 39, n. , p 778-84, 1991.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: séries desafios para as políticas públicas. **Rev. Bras. Estud. Popul.** São Paulo, v.23, n.1, p.5-26, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. 2004. Ageing and Health Technical Report, volume 5. Disponível em: <http://www.who.org>. Acesso em 27 junho 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Reducing risks, promoting healthy life. The World Health Report, p-72, 2002.

WU, A. W, *et al.* Predicting functional status outcomes in hospitalized patients aged 80 years and older. **J Am gerit Soc.** v 48, n. 5, p. may, 2000.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) O(a) senhor/a que já está com mais de 80 anos está sendo convidado para participar da pesquisa "Avaliação da capacidade funcional em idosos longevos no período de admissão em pronto atendimento de um hospital de grande porte da cidade de Curitiba, PR". O motivo do estudo é conhecer a capacidade funcional dos idosos com mais de 80 anos no momento da admissão em um hospital de grande porte.
- b) O objetivo desta pesquisa é conhecer como o idoso é capaz de realizar as suas atividades diárias como exemplo, caminhar, alimentar-se sozinho, tomar banho, quando é admitido em um grande hospital.
- c) Caso você participe da pesquisa, será necessário apenas que o senhor? A resposta algumas perguntas e realize testes bem rápidos. Sua participação é voluntária e sua decisão é livre. Se não aceitar participar, sua recusa não afetará em seu tratamento ou atendimento à sua saúde. Caso aceite, solicitamos que inicialmente, assine este termo de consentimento.
- d) Este estudo não oferece qualquer risco ou dano; mas se durante as perguntas o senhor/a não se sinta a vontade para responder, ou a pergunta apresenta algum desconforto, pode mudar de idéia e recusar-se a responder a pergunta. Pode também se desejar suspender sua autorização de participação neste estudo em qualquer momento que desejar, sem apresentar justificativa. A recusa em responder o estudo não compromete o seu tratamento.
- e) Ao término de estudo espera-se conhecer como é o desempenho das atividades cotidianas do idoso com mais de 80 anos quando ele procura por atendimento em um pronto atendimento de um grande. Assim servirá de base para realização novos planejamentos no atendimento do idoso e melhorar o cuidado destes pacientes dentro do hospital.
- f) A pesquisadora Tânia Maria Lourenço é a responsável pela pesquisa. Se desejar o(a) senhor/a poderá entrar em contato com as pesquisadoras Profª Drª Maria Helena Lenardt e Msd. Tânia Maria Lourenço à rua Padre Camargo, 280, 8.º andar, telefone (41) 3360-7264, de segunda a sexta, no horário de 13:30 às 17:30 que são as responsáveis pela pesquisa.
- g) Estão garantidas todas as informações que você queira antes, durante e depois do estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos membros do Grupo multiprofissional de pesquisa sobre idosos - GMPI que executam a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que o anonimato e confidencialidade sejam mantidos.
- j) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da responsabilidade do informante.
- k) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, _____ CPF/RG _____, abaixo assinado concordo voluntariamente em participar deste estudo. Fui informado/a e esclarecido/a sobre os objetivos da pesquisa, na explicação que recebi menciona os potenciais riscos e benefícios envolvidos com a minha participação. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento aqui no pronto atendimento.

Curitiba, ____ de _____ de 2011.

(Assinatura do sujeito de pesquisa
ou responsável legal)

Msd. Tânia Maria Lourenço
(responsável pela pesquisa)

APÊNDICE 2

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO MULTIPROFISSIONAL DE PESQUISA SOBRE IDOSOS**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

QUESTIONÁRIO Nº _____ DATA: _____

NOME DO IDOSO: _____

REGISTRO: U. I.

A- PERFIL SOCIO-ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

A1- Idade: _____ (anos completos)
Mês e ano do nascimento: _____ / _____

A 2- Sexo 1() masculino 2()- feminino

A 3- Quanto à escolaridade

- 1- () Analfabeto
2- () 1º grau incompleto
3- () 1º grau completo
4- () 2º grau incompleto
5- () 2º grau completo
6- () Ensino superior incompleto
7- () Ensino superior completo
8- () Pós-graduação

A 4- Seu local de nascimento
1- urbano 2- rural 3- ns/nr

A 5- Qual seu estado conjugal?

1- Solteiro/a	4- viúvo/a
2- Casado/a	5- ns/nr
3- Divorciado/ desquitado/a	

A 6 - Qual a sua cor de pele?

1- branca	4- preta
2- parda	5- indígena
3- amarela	6- ns/nr

A 7- Qual a sua religião?

1- católica	4- judaica
2- protestante	5- nenhuma
3- evangélica	6-outra

A 8- Qual foi a sua profissão?

A 9- Qual é sua renda mensal?(salário mínimo= R\$ 510,00)

1- () Abaixo de 1 salário mínimo	3- () 1 a 2 salários mínimos
2- () 1 salário mínimo	4- () mais de 2 salários mínimos

A 10- Qual é a origem da renda?

1- aposentadoria

2- pensão

3- aluguel

4 - doações

5- trabalho próprio

6- outras _____

B- PERFIL CLÍNICO

B -1 Qual o diagnóstico de entrada no Hospital?

B-2 O Senhor/a apresenta algum destes problemas de saúde ?

	Não	Sim	NS/NR
1- Anemia			
2- Ansiedade / Transtorno do pânico / Depressão			
3- Artrites/ artroses			
4- Asma ou Bronquite, Enfisema/ doença Bronco-pulmonar			
5- Câncer? Qual? _____			
6- Constipação			
7- Diabetes Mellitus			
8- Doença cardíaca			
9- Doença gastrointestinal Úlcera, hérnia, refluxo			
10- Doença vascular periférica Varizes			
11- Doença Neurológica Parkinson/ D. de Alzheimer			
12- Hipertensão arterial			
13- Incontinência urinária ou fecal			
14- Insônia			
15- Obesidade			
16- Osteoporose			
17- Problemas de coluna			
18- Tontura- vertigem, labirintite			
19- Outras? _____			

B 3- O senhor/a fez ao longo da sua vida exame de prevenção para câncer?

1 Sim

2 Não

B 4- Quanto ao Álcool, o senhor/a faz uso?

1- Não, nunca usei

2- Só no Passado

3- Sim, contínuo

4- NS/NR

B 5- Quanto ao cigarro, o senhor/a faz uso?

1- Não-fumante

2- Ex-fumante

3- Fumante

B 6- O senhor toma algum tipo de medicação? Quais?

B 7- Quanto à sua visão?

- 1- Enxerga bem
- 2- Enxerga pouco e não tem óculos
- 3- Enxerga pouco e usa óculos
- 4- Não enxerga

B 8- Quanto à audição?

- 1- Escuta bem
- 2- Escuta pouco e não tem aparelho de audição
- 3- Escuta pouco e tem aparelho de audição
- 4- Não escuta

B 9- Quanto à deambulação?

- 1- Anda sem dificuldade
- 2- Anda com dificuldade
- 3- Anda com ajuda de muletas /bengala / andador
- 4- Usa cadeira de rodas
- 5- NS/NR

B10- Quanto à condição dos dentes?

- 1- Apresenta todos os dentes
- 2- Têm falta de alguns dentes e não tem nenhuma prótese
- 3- Têm falta de dentes, mas faz uso de prótese
- 4- Não tem nenhum

B11- Neste último ano o senhor/a apresentou alguma queda?

- 1 Sim 2 Não

B12- O senhor/a pratica ou já praticou alguma atividade física?

- 1- Sim, ainda realizo. Qual? _____
- 2- Sim, hoje não realizo mais.
- 3- Não, nunca realizei.
- 4- NS/NR

B13- Quais são suas atividades de lazer (pode escolher mais de uma)

- 1- Leitura
- 2- Assistir televisão
- 3- Trabalhos manuais: tricô, crochê, bordado
- 4- Passear na casa de amigos
- 5- Jogar bingo
- 6- Dançar
- 7- Visitar os parentes
- 8- Ir a missa/culto
- 9- Outro _____

APÊNDICE 3

DESCRIÇÃO DAS TAREFAS AVALIADAS PELA MIF

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	
AVALIAÇÃO DO DOMÍNIO MOTOR	
a- AUTO CUIDADO	
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> -Precisa de auxílio pra cortar alimentos, abrir latas, abrir potes de iogurte, servir líquidos e passar manteiga no pão? -Apresenta dificuldade de deglutição ou mastigação? -Precisa do auxílio de outra pessoa para se alimentar? -Faz uso de algum tipo de órtese para se alimentar?
Higiene Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> -Precisa de ajuda para lavar o rosto, lavar as mãos, pentear os cabelos, escovar os dentes? -Faz barba ou consegue maquiar-se sozinho/a? -Necessita que alguém ajude com algum material ou auxilie de alguma forma?
Banho (lavar o corpo)	<ul style="list-style-type: none"> -Precisa de ajuda para lavar ou enxugar alguma parte do corpo (braços, tronco, perineo, pernas)? -Precisa de ajuda para regular a temperatura e jato d'água do chuveiro? - Há a necessidade de adaptação de algum material para que essas atividades sejam realizadas (cadeira, barra de segurança, dispor da toalha)?
Vestir-se acima da cintura	<ul style="list-style-type: none"> -Precisa de ajuda para se vestir acima da cintura (abotoar camisa)? -Há a disponibilidade maior de tempo para essa atividade? -Utiliza alguma ajuda mecânica (barra, cadeira) para realizar essa tarefa? -Quem arruma a roupa para se vestir?
Vestir-se abaixo da cintura	<ul style="list-style-type: none"> -Precisa de ajuda para se vestir abaixo da cintura (fechar o zíper da calça) incluindo os sapatos? -Há disponibilidade maior de tempo para essa atividade? -Utiliza alguma ajuda mecânica (barra, cadeira) para realizar essa tarefa? -Quem arruma a roupa para se vestir?
Uso do vaso sanitário	<ul style="list-style-type: none"> -Precisa de ajuda para se despir antes de utilizar e vestir-se ao usar o vaso sanitário? -O paciente precisa de ajuda para se higienizar? -Há a disponibilidade maior de tempo para essa atividade? -Sente-se desequilibrado ao realizar essa tarefa? -Necessita de auxílio mecânico para realizar e alguma das tarefas acima (barras de segurança)?
b- CONTROLE de ESFÍNTERES	
Controle da Urina	<ul style="list-style-type: none"> -Consegue segurar a urina? -Sente-se molhado/a com frequência? -Sente que a urina "escapa"? -Com que frequência ocorre essa perda urinária: diária, semanal, mensal, esporádica? -Faz uso de alguma medicação para controle da urina? -Faz uso de algum dispositivo como urinol, sonda vesical, comadre/ papagaio ou fraldas? -Quem manipula as eliminações nos casos de uso de órteses?
Controle das Fezes	<ul style="list-style-type: none"> -Tem alguma dificuldade para segurar as fezes? Sente que escapa fezes em algum momento? -Com que frequência ocorre essa perda: diária, semanal, mensal, esporádica? -Faz uso de alguma medicação para controle das fezes? -Faz uso de algum dispositivo como colostomia ou comadre, papagaio ou fraldas? -Quem manipula as eliminações nos casos de uso de órteses?
c- TRANSFERÊNCIAS	
Leito, cadeira, cadeira de rodas	<ul style="list-style-type: none"> -Precisa de alguma ajuda para entrar ou sair da cama, cadeiras ou cadeira de rodas? -Utiliza barra, tabua de transferência ou suporte para entrar ou sair da cama, cadeira ou cadeira de rodas? -Demora um tempo acima do usual para se levantar? -No caso do uso da cadeira de rodas, precisa de ajuda para travar as rodas, levantar o apoio de pés e acionar os freios?
Vaso sanitário	<ul style="list-style-type: none"> -Precisa de alguma ajuda para sentar ou levantar-se do vaso sanitário? -Utiliza alguma barra, tábua de transferência ou suporte para sentar ou levantar-se do vaso sanitário? -Senta-se ou levanta-se com um pouco de dificuldade? -Demora um tempo acima do usual para sentar-se levantar-se? -No caso do uso da cadeira de rodas, precisa de ajuda para travar as rodas, levantar o apoio de pés e acionar os freios?
Banheira ou chuveiro	<ul style="list-style-type: none"> -Precisa de alguma ajuda par entrar no chuveiro ou banheira? -Demora um tempo acima do usual para sentar-se ou levantar-se? -Sente algum medo ou receio de entrar ou sair sozinha no chuveiro ou banheira? -Pede ajuda de alguém para entrar ou sair da banheira ou chuveiro? -Utiliza cadeira de banho para entrar no chuveiro?

d- LOCOMOÇÃO	
Marcha/ cadeira de rodas	<ul style="list-style-type: none"> -Sente alguma dificuldade para se locomover em pequenas e grandes distancias (50m em ambientes fechados)? -Sente alguma sensação de desequilíbrio para se locomover? -Necessita de apoio do tipo corrimãos, bengalas, andador, órteses ou apoiar-se na parede para se locomover em pequenas e grandes distâncias? -No caso de ajuda em degraus, rampas, desníveis, obstáculos em geral?
Escadas	<ul style="list-style-type: none"> -Precisa de ajuda para subir ou descer escadas (12 a 14 degraus)? -Precisa do uso do corrimão para subir ou descer escadas? -Sobe as escadas em um tempo menor que o usual?
AVALIAÇÃO DO DOMÍNIO COGNITIVO	
a- COMUNICAÇÃO	
Compreensão	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar a compreensão mediante as resposta desde o início da entrevista -Observar as resposta aos questionamentos realizados, assuntos de jornais, novela, religião, futebol, participações em grupo para assuntos complexos das necessidades cotidianas básicas (medicações, nutrição, higiene, sono, etc.) -O que o senhor sabe falar sobre a novela de ontem ou do jornal? -Verificar se o paciente tem déficit visual e ou auditivo
Expressão	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar mediante a coerência das respostas das questões realizadas pela pesquisadora e o nível das respostas dos pacientes em relação as questões complexas e de necessidades do cotidiano. -Observar a necessidade de repetição das respostas para ser entendido.
b- COGNICÃO SOCIAL	
Interação Social	<ul style="list-style-type: none"> -Observar o entrosamento do idoso com familiares, acompanhantes durante a visita, e o que o paciente fala do seu dia a dia. Questionar? O que gosta de fazer? Telefona para amigos ou parentes? Recebe visitas? Qual a frequência/Como se sente quando está entre seu grupo familiar ou de amigos, na consultas, na fisioterapia? -Há necessidade de alguém estimular as relações ou controlar o paciente em um determinado grupo? - Perguntar sobre uso de medicação.
Resolução de Problemas	<ul style="list-style-type: none"> -Quem marca as consultas médicas para o senhor? -Quem compra e organiza os remédios? -Se precisa de uma tarefa externa à residência, o paciente realiza ou necessita do auxílio de alguém? Quanto à dinâmica da casa resolve as problemas que surgem no dia a dia? -Quem paga as contas de água, luz, telefone?
Memória	<ul style="list-style-type: none"> -Observar desde o inicio da consulta. Perguntar quando foi a última consulta realizada com especialista medicas de costume, data em que realizou os últimos exames, onde estão os últimos exames peso da última consulta, valor da glicemia, ou de pressão arterial na ultima verificação, horário das medicações , Pode se perguntar outras coisas que durante a conversa sejam abordadas como quando guarda alguma coisa, consegue lembrar com facilidade / -Memoriza nomes, datas e acontecimentos? -Reconhece familiares e amigos? -Consegue se lembrar da rotina diária (hora de alimentação, atividades em geral, medicamentos

FONTE: RIBERTO *et al* (2001) e AMARAL (2010)

ANEXO 1

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ORIENTAÇÃO

* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).

* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (**rua ou local^a**) (andar).

REGISTRO

* Dizer três palavras: **PENTE RUA AZUL**. Pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: ____

ATENÇÃO E CÁLCULO

* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65)

Alternativo¹: série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)

EVOCAÇÃO

* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)

LINGUAGEM

* Identificar lápis e relógio de pulso

* Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá".

* Seguir o comando de três estágios: "Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão".

* Ler 'em voz baixa' e executar: **FECHE OS OLHOS**

* Escrever uma frase (um pensamento, idéia completa)

* Copiar o desenho:



TOTAL:

--	--

	5
	5
	3
	5
	3
	2
	1
	3
	1
	1
	1

ANEXO 2
MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL- MIF

Níveis	7- Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6- Independência modificada (ajuda técnica)	Sem ajuda
	Dependência modificada 5- Supervisão 4- Assistência mínima (indivíduo $\geq 75\%$) 3- Assistência moderada (indivíduo $\geq 50\%$) 2- Assistência máxima (indivíduo $\geq 25\%$) 1- Assistência total (indivíduo $\geq 0\%$)	Ajuda
DATA		
	AUTOCAUIDADOS	
D-1	Alimentação	
D-2	Higiene pessoal	
D-3	Banho (lavar o corpo todo)	
D-4	Vestir-se acima do tronco	
D-5	Vestir-se abaixo do tronco	
D-6	Uso do vaso sanitário	
	CONTROLE D E ESFÍNCTERES	
D-7	Controle de urina	
D-8	Controle de fezes	
	MOBILIDADE (transferências)	
D-9	Leito, cadeira, cadeira de rodas	
D-10	Vaso sanitário	
D-11	Banheira ou chuveiro	
	LOCOMOÇÃO	
D-12	Marcha	
	Cadeira de rodas	
D-13	Escadas	
	COMUNICAÇÃO	
D-14	Compreensão 1	
	2-	
D-15	Expressão 1	
	2	
	COGNIÇÃO SOCIAL	
D-16	Interação Social	
D-17	Resolução de problemas	
D-18	Memória	

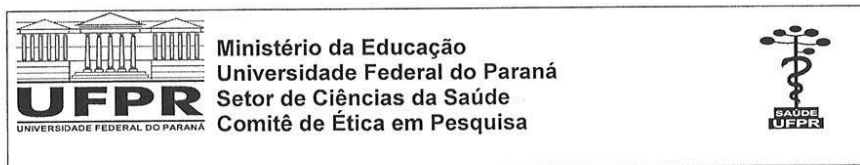
TOTAL=

(Não deixe nenhum item sem marcar, se não for possível testar, marque 1)

ANEXO 3

	<h1>CERTIFICADO</h1>	
<p>O IMREA HC FMUSP – Rede Lucy Montoro, Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, certifica que</p>		
<p>Tania Maria Lourenço</p>		
<p>participou como ouvinte do curso “MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL” realizado do dia 15 de julho de 2011 no IMREA HC FMUSP – São Paulo, com carga horária de 8 horas.</p>		
 Marcelo Riberto Coordenador Rede Lucy Montoro de Reabilitação	 Gracinda Rodrigues Tsukimoto Coordenadora de Terapia Ocupacional HC FMUSP	INSTITUTO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

ANEXO 4



Curitiba, 15 de dezembro de 2010

Ilmo (a) Sr. (a)
Tania Maria Lourenço

Nesta

Prezado (a) Pesquisador (a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**Avaliação da capacidade funcional de idosos longevos na admissão de um pronto atendimento de um hospital de grande porte na cidade de Curitiba-PR**”, está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 15 de dezembro de 2010.

Registro **CEP/SD**: 1062.187.10.12 **CAAE**: 0102.0.091.208-10

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 15/06/2011

Atenciosamente

Claudia Seely Rocco
Profª. Drª. Cláudia Seely Rocco
 Coordenadora do Comitê de Ética em
 Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde
Profª. Drª. Cláudia Seely Rocco
 Coordenadora do Comitê de Ética
 em Pesquisa - SD/UFPR

Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-Pr. – CEP: 80060-240
 Fone/fax: 41-360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 5



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa



Curitiba, 01 de abril de 2011

Ilmo (a) Sr. (a)
Tânia Maria Lourenço

Nesta

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos que o Adendo referente à inclusão de novos co-participantes ao Projeto de Pesquisa intitulado **“Avaliação da capacidade funcional de idosos longevos na admissão de um pronto atendimento de um hospital de grande porte na cidade de Curitiba-PR”**, está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 30 de março de 2011.

Registro **CEP/SD**: 1062.187.10.12

CAAE: 0102.0.091.208-10

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Atenciosamente

Prof.ª. Dr.ª. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Setor de Ciências da Saúde/UFPR
Prof.ª. Dr.ª. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - SD/UFPR

Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-Pr. – CEP: 80060-240
Fone/fax: 41-360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 6



"E não nos cansemos de fazer o bem"
Gálatas 6.9

Al. Augusto Stelfeld, 1908
Curitiba - PR
CEP 80730-150
Fone/Fax: (41) 3339-5959
C.N.P.J. 76.575.604/0001-28
Utilidade Pública Decreto de 27/05/92
Registro no CNSS-P 258 739 - 17/07/74

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Prezada Profa. Dra. Claudia Seely Rocco
MD Coordenadora do CEP/SD

Declaramos que nós do **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO de CURITIBA**, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "**CAPACIDADE FUNCIONAL do IDOSO LONGEVO ADMITIDO em HOSPITAL de ENSINO**" sob a responsabilidade de **Mda. TÂNIA MARIA LOURENÇO**, nas nossas dependências (restrição para as Unidades de Terapia Intensiva, Unidades de Convênios e Particulares), tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em 30 de julho de 20011.

Estamos cientes que os sujeitos de pesquisa serão idosos de 80 anos ou mais de ambos os sexos e que o presente trabalho deve seguir a resolução 196/96 do CNS e complementares.

Sendo o que se apresenta aproveitamos para enviar nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,

Dr. Luiz Felipe N. K. Mendes

Dr. Luiz Felipe N. K. Mendes
Diretor Técnico
CRM 13.611

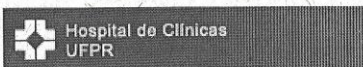
☐ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
EVANGÉLICO DE CURITIBA
Al. Augusto Stelfeld, 1908
Curitiba - PR
CEP 80730-150
Fone/Fax: (41) 3240-5000
C.N.P.J. 76.575.604/0002-09

☐ FACULDADE EVANGÉLICA
DO PARANÁ
Rua Padre Anchieta, 2770
Curitiba - PR
CEP 80730-000
Fone/Fax: (41) 3240-5500
C.N.P.J. 76.575.604/0003-00
Reconhecida Dec. 73873 de 26/03/74

☐ CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROFISSIONAL EVANGÉLICO
Al. Augusto Stelfeld, 1742
Curitiba - PR
CEP 80730-150
Fone/Fax: (41) 3224-5244
C.N.P.J. 76.575.604/0004-70
Reconhecido Dec. 414 de 26/05/71

☐ EVANGÉLICO CENTRO MÉDICO
Rua Lourenço Pinto, 83
Curitiba - PR
CEP 80010-160
Fone: (41) 3883-5000
Fax: (41) 3883-5010

☐ CENTRO MÉD. COMUNITÁRIO
BAIRRO NOVO
Rua Jussara, 2000
Curitiba - PR
CEP 81925-410
Fone/Fax: (41) 3289-2424
C.N.P.J. 76.575.604/0001-28

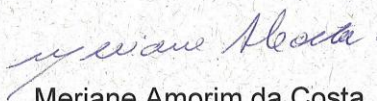
ANEXO 7

Curitiba, 25 de março de 2011

Declaração

Declaro que conheço e concordo com o desenvolvimento da pesquisa intitulada **“CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO LONGEVO EM PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL DE ENSINO”** de autoria de Tânia Maria Lourenço, sob a responsabilidade da orientadora Profª Drª Maria Helena Lenard.

Atenciosamente

A handwritten signature in blue ink, reading "Meriane Amorim da Costa".

Meriane Amorim da Costa
Coordenadora de Enfermagem HCUFPR